FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

3 13

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 363

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN DROUHARD

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

Né à Paris, le 19 Avril 1899

LE DIAGNOSTIC

DES

Syndromes Douloureux aigus

DU

Carrefour sous-hépatique

Président : M. LEMIERRE, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1928

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Dro

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN DROUHARD

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph
Né à Paris, le 19 Avril 1899

LE DIAGNOSTIC

DES

Syndromes Douloureux aigus

DU

Carrefour sous-hépatique

Président : M. LEMIERRE, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1928

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène	N.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	RRANCA.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. — AGRÉGES EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmolcgie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Parasitologie.
NEVEU-LEMAIRE	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.

MM	
LÉRI.	Clinique médicale.
MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT . . .	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE. — A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

Je dédie ce travail, en témoignage d'affection.

A MES AMIS

A M. le Professeur LEMIERRE

Professeur de Bactériologie
Médecin de l'Hopital Bichat

Hommage de respect et de gratitude pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MON MAITRE

M. le Docteur F. TRÉMOLIÈRES

Médecin de l'Hopital Boucicaut

Dont je ne reconnaîtrai jamais assez l'aide bienveillante et sûre; en témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE

M. le Docteur S.-I. de JONG

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE BESANÇON

M. le Docteur CHATON
Chirurgien de l'Hopital Saint-Jacques
Professeur a l'École de Médecine
Membre correspondant de la Société de Chirurgie

M. le Docteur BAUFLE

M. le Docteur LEDOUX

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Stage

M. le Professeur BEZANÇON

Externat

M. le Docteur HERSCHER

M. le Professeur agrégé OMBRÉDANNE

M. le Docteur TRÉMOLIÈRES

M. le Docteur S.-I. de JONG (in memoriam)

M. le Docteur MÉTIVET

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

MM. les docteurs VILLANDRE et LAURENCE

MM. les Docteurs BARBET et LANOS

A MES COLLÈGUES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

INTRODUCTION

Etudier les *éléments* du diagnostic des *syndromes douloureux aigüs* du carrefour sous-hépatique et les *modalités* sous lesquelles ce diagnostic se présente, est d'un intérêt primordial.

Car la mise au point d'un tel diagnostic permet souvent d'éviter l'hésitation quand il s'agit de décider d'une intervention chirurgicale d'urgence, en présence d'un de ces syndrômes, et quelqu'en soit la complexité.

Le temps de discussion de diagnostic doit être le plus court possible ; *Il s'agit d'un syndrome aigü, il faut prendre une décision rapide.*

Si la cause du syndrôme est chirurgicale : le pronostic de l'affection est vital à plus ou moins brève échéance; l'expectative prolongée peut être dangereuse.

Si l'origine du syndrôme douloureux est de nature médicale, on peut se permettre d'attendre pour mieux observer.

Mais c'est là que se trouve le point sensible du diagnostic : le départ entre causes chirurgicales qui nécessitent une intervention plus ou moins rapide, et causes médicales où l'expectative est tolérée, est des plus délicat :

En effet : chaque syndrôme est rarement rencontré à l'état schématique. Ses éléments diffèrent en eux-mêmes, et dans leur groupement, et encore par leur association avec des symptômes voisins qui les masquent plus ou moins.

Porter un diagnostic sur un syndrôme douloureux aigû du carrefour sous-hépatique, revient donc à résoudre rapidement et sur des données relativement variables ces deux questions :

Doit-on intervenir ?

S'il faut intervenir : quel est l'organe malade, et : par quelle voie l'aborder ?

Ce diagnostic est d'autant plus délicat que le fait de se trouver en présence d'un syndrôme aigu élimine la possibilité de se servir immédiatement de deux grands moyens de diagnostic :

Examens de laboratoire.
Test radiologique,

inutilisables en période de crise.

HISTORIQUE

La multiplicité des organes qui meublent le carrefour sous-hépatique ; le nombre et la fréquence de leurs lésions ont donné lieu à une telle quantité de travaux qu'une étude historique d'ensemble en est pour ainsi dire impossible.

Rappelons pourtant que les recherches d'Einhorn, de Meltzer et de Lyon en 1917, celles de Graham en 1925, aboutirent à la découverte de deux des plus précieux moyens de diagnostic des syndrômes sous-hépatiques : l'épreuve de la sécrétion biliaire et pancréatique et : la cholécystographie.

PLAN GÉNÉRAL A L'ÉTUDE DE CE DIAGNOSTIC

1° Définition.

Nous entendons sous le nom de syndrômes douloureux aigus du carrefour sous-hépatique toutes les manifestations cliniques aiguës et suraiguës accompagnées de douleur, qui se localisent au niveau de ce carrefour, en période de crise.

Ces manifestations peuvent être primitives et rester isolées, ou se répéter ultérieurement.

Elles peuvent être greffées sur un état morbide chronique connu ou méconnu et ce ne sont pas — pour cela — les plus faciles à diagnostiquer;

2° Nous nous proposons d'étudier en la résumant l'anatomie normale du carrefour sous-hépatique, puis dans un court chapitre secondaire, d'observer ce qui, par son anatomie même, rend difficile le diagnostic des affections douloureuses du carrefour.

En outre, il nous semble nécessaire de rappeler *l'innervation* de la région sous-hépatique et d'en déduire les faits qui facilitent ou compliquent le diagnostic des affections qui s'y localisent;

3° Enfin, après avoir ainsi exposé les *facteurs de la complexité* du diagnostic : les faits qui sont responsables de la plupart des erreurs, nous entreprendrons l'étude même des éléments et des phases du diagnostic des syndrômes douloureux aigus.

ANATOMIE
DU CARREFOUR SOUS-HÉPATIQUE

Nous comprenons sous le nom de carrefour sous-hépatique, la région triangulaire limitée :

En haut : par la face inférieure du foie légèrement oblique en bas, en avant, et à droite.

En bas : par le mesocolon transverse, presque horizontal et qui, à son extrémité droite (là où il se rétrécit pour s'accolorer à la paroi, aussitôt après l'angle colique droit) est surplombé par le bord droit du foie.

A gauche : par une ligne schématique oblique en bas et à droite, tirée du bord droit du cardia au sphincter pylorique, et qui dépassant le pylore, descend sur la face antérieure du pancréas, jusqu'à l'insertion sur celui-ci du mesocolon transverse. Cette ligne est schématique, car, du cardia au pylore, le carrefour sous-hépatique est ouvert sur la bourse rétro-stomacale de l'arrière cavité par le foramen bursae omentalis.

Et, au-dessous du pylore, cette ligne répond à la limite droite du recessus pyloro duodenal de l'arrière cavité, limité par le passage de l'artère gastro-duodénale.

Cette région est donc théoriquement fermée, sauf sur sa limite gauche, où elle s'ouvre sur le carrefour solaire.

Elle n'est pas en relation immédiate avec le carrefour illéo-cœco appendiculaire, dont elle est séparée par la barrière du mesocolon transverse.

Le fond du carrefour est constitué : de haut en bas et de droite à gauche par la surface prérénale et la surrénale droites ainsi que le bassinet; par la seconde portion du duodenum dans son segment sus-mésocolique, qui encercle la tête du pancréas dans sa concavité.

En avant : Le carrefour sous-hépatique répond à la partie supérieure de l'hypocondre droit. Nous décrirons ultérieurement la topographie de chacun des organes sur la paroi. Nous ne pouvons ici tracer aucune zone cutanée, correspondant à la projection du carrefour dans son ensemble : Les limites seraient trop arbitraires.

Les deux seuls viscères relativement mobiles, encadrés dans les limites de ce carrefour, sont avec le choledoque : la vésicule biliaire, et la première portion du duodénum.

La vésicule biliaire que l'on peut considérer comme l'axe de la région, est oblique en bas en avant et un peu à gauche. Elle repose par son corps, sur l'angle hépatique du côlon, ou la portion droite du côlon transverse; et par son col, sur le bulbe duodénal.

La première portion du duodénum, est orientée en haut en arrière et à peine à droite, jusqu'au coude qui la fait descendre verticalement contre la paroi sous le péritoine.

Toute la complexité des rapports des organes du carrefour tient à ce fait :

Par suite du développement embryologique, et des accolements successifs, le péritoine, qui, d'une part, doit tapisser chacun des organes, d'autre part, sert de lames porte-vaisseaux, rencontre ces organes situés dans des plans très différents et se trouve soulevé et déplacé par les vaisseaux qu'il enveloppe.

Il forme : en bas : une barrière : le mesocolon transverse ; une barrière en haut : tapissant la face inférieure

du foie, une autre en arrière centrée sur le meso hepato cave ; et à gauche, nous le voyons se souffler pour former la bourse rétro-gastrique. Mais il présente trois lames essentielles : d'une part, les deux faux artérielles fixes : de la coronaire stomachique, et de l'artère hépatique, laissant libre entre leurs deux bords concaves le foramen bursae omentalis, qui limite à gauche le carrefour.

d'autre part : le petit epiploon en partie mobile : lame oblique de haut en bas et d'avant en arrière, clivant le carrefour en deux régions inégales, l'une en avant : libre, l'autre en arrière : le vestibule de l'arrière cavité.

Le petit epiploon contient dans son *bord supérieur* les éléments du hile du foie : branches artérielles, veineuses, nerveuses et lymphatiques, et les canaux hépatiques.

Dans son *bord droit*, libre, et qui limite en avant le hiatus de Winslow, il contient : En haut : col de la vésicule, canal cystique, artère cystique, et un ganglion.

Plus bas : l'union du canal cystique et du canal hépatique qui forme le choledoque; la veine porte, l'artère hépatique.

Plus bas encore, il aboutit au duodenum. Ses deux feuillets s'écartent tandis que les organes qui constituaient le pédicule divergent et se dirigent : le choledoque vers le bord gauche de la seconde portion du duodenum, qu'il rejoint, après un trajet rétro-pancréatique, au niveau de l'ampoule de Vater ;

l'artère hépatique, vers la paroi : en arrière et à gauche, soulevant sa faux ;

la Veine porte derrière la tête du pancréas, en bas et à gauche.

Parfois, le bord droit du petit épiploon se prolonge à droite par le ligament cystico duodeno colique.

Le bord gastrique du petit epiploon s'insère à la petite courbure, et à l'antre prépylorique.

Les lymphatiques de la région sont groupés aux confins du hile du foie et sous le pylore.

Telle est, brièvement résumée, l'anatomie du carrefour sous-hépatique.

Or, si on l'envisage du point de vue *diagnostic clinique*, on se rend rapidement compte que — même de l'anatomie normale — et encore bien plus, de l'anatomie pathologique découlent de nombreuses DIFFICULTÉS.

De L'ANATOMIE NORMALE, les difficultés de diagnostic proviennent :

— De la multiplicité des organes profonds, par rapport à leur surface de projection cutanée, d'examen et de voie d'abord.

— De la continuité de certains de ces organes, avec leurs segments voisins (duodénum, estomac); de la contiguité de certaines régions avec des régions voisines par l'intermédiaire de hiatus, ou d'intrications nerveuses. Les rapports de ce carrefour avec la loge rénale, les hiatus diaphragmatiques, l'arrière cavité des épiploons, l'aorte et les plexus sympathiques, sont des rapports médiats importants, qui expliquent que souvent la symptomatologie des syndrômes douloureux aigüs soit plus régionale que locale.

— Enfin, la superposition, l'obliquité différente dans des plans successifs, d'organes pleins, et d'organes tantôt contractés, tantôt à l'état de réplétion, suivant l'heure, n'est pas faite pour faciliter le diagnostic.

Elle gêne même souvent jusqu'au diagnostic radiologique des lésions.

Plus grandes encore sont les difficultés du diagnostic lorsque L'ANATOMIE du carrefour est BOULEVERSÉE par une lésion tumorale ou une réaction douloureuse ou inflammatoire :

La contraction de la paroi est de règle, lorsqu'une viscère sous-jacent souffre.

La ptose hépatique, rénale ou gastrique,
La distension gazeuse du côlon
sont d'une extrême fréquence.

Plus complexes encore sont les troubles apportés à la topographie du carrefour par les lésions congénitales ou acquises du péritoine : brides, adhérences, fausses membranes inflammatoires, qui attirent les organes au delà de leur siège normal. Enfin l'irrégularité des tumeurs rend leur différenciation bien délicate.

Et le problème est rendu plus confus lorsque les lésions aiguës retentissent d'un organe sur un organe voisin. La symptomatologie s'étend à toute une zone. La lésion en cause peut rester inaperçue, malgré les plus sévères investigations.

ETUDE RÉSUMÉE DE L'INNERVATION DU CARREFOUR SOUS-HÉPATHIQUE

Si l'on ne peut pousser jusqu'aux extrêmes limites, la recherche des causes et du mécanisme de la douleur il semble pourtant qu'un bref résumé des voies de conduction de la sensibilité du carrefour, et des déductions physiologiques qu'on en peut tirer, n'est pas inutile quand il s'agit du diagnostic de syndrômes aigus, dont le symptôme dominant est la douleur.

Voies de conduction de la sensibilité

I. — *Origines nerveuses dans chaque organe.*

Ce sont des *fibrilles sensitives isolées* qui semblent être l'origine des filets sensitifs de l'*intestin*.

Que ce soit au niveau du pylore ou du duodénum, de même qu'au niveau du gros intestin, ces fibrilles s'intriquent en un réseau serré, au milieu duquel se retrouvent des cellules nerveuses fusiformes, triangulaires ou étoilées. Les mailles de ce réseau sont immédiatement sous-épithéliales. On les trouve autour des glandes du pylore et du gros intestin; autour des glandes et à la surface des villosités duodénales.

Les origines sensitives du *foie* et des *voies biliaires* sont très peu différentes des précédentes. Il est impossible de dire si les extrémités des fibrilles jetées sur les

capillaires des lobules et les cellules hépatiques sont sensitives. Mais il semble que les plexus nerveux de la vésicule, formés de fibres de Remak donnent des filets purement sensitifs qui se rendent au chorion muqueux où ils forment deux réseaux : l'un profond, situé au-dessous du réseau capillaire sanguin, l'autre superficiel, immédiatement sous-épithélial. On pourrait déduire de cette innervation particulière la sensibilité exquise de cet organe.

Les origines nerveuses du *pancréas* seules se présentent avec un aspect caractéristique d'organes sensitifs. Ce sont de véritables corpuscules analogues aux corpuscules de Pacini : les terminaisons intercellulaires de Müller, renflées en boutons.

Il semble qu'on ne puisse décrire d'origines sensitives de l'*uretère* ou du *bassinet*, le mode de terminaison des fibres issues du plexus chorial n'étant pas encore connu.

Au total, il est permis de penser que les fibrilles nerveuses dont la terminaison est immédiatement sous-épithéliale et dont la présence ne s'explique nullement ni au point de vue de la motricité ni au point de vue vasomoteur ne sont que les origines sensitives des voies de conduction du tact, de la chaleur, et vraisemblablement de la douleur.

Le péritoine : paraît, à lui seul, résumer la plus grande partie de la sensibilité abdominale, car on a pu nettement constater la présence de corpuscules analogues aux corpuscules de Pacini sous l'épithélium de la séreuse, ainsi que d'autres formations sensitives en boucle ou en anneau de clef (Ranvier).

II. — De ces origines nerveuses, les fibres sensitives s'organisent en plexus, plus ou moins fournis, suivant les organes. Et il est dès lors impossible de différencier parmi les fibres celles qui sont motrices, de celles qui sont sensitives.

Et pourtant, il semble qu'il existe pour chaque organe une conduction spéciale de la sensibilité douloureuse : « Indépendantes de toutes les autres, avec lesquelles elle a pourtant ceci de commun que ses récepteurs périphériques, sont toujours impressionnés par des excitations de même nature, mais d'intensité différente ». (René Fontaine, d'après Fœrster).

Les nerfs sensitifs — en admettant que certaines de leurs fibres soient seules spécialisées dans la conduction de la douleur — quittent les organes où ils ont trouvé leur origine. Ils peuvent pour cela suivre deux voies : ou bien voie périvasculaire : en plexus autour des vaisseaux : de la plus petite artériole splénique au gros tronc de la veine porte ; ou bien : ils peuvent être isolés ainsi que le sont de nombreux filets nerveux du péritoine, qui glissent entre les deux feuillets de la séreuse.

Peut-être même certains filets électivement algiques emprunteraient-ils une voie intra-vasculaire « analogue au réseau de Meissner et d'Auerbach de l'intestin ». (Leriche).

Toujours est-il que ces filets sensitifs confondus avec les filets moteurs, constituent les grands plexus où se mêlent en proportion inégale, mais indifférenciable les fibres du sympathique, celles du pneumogastrique, et accessoirement du phrénique.

Pour en revenir à l'innervation propre au carrefour sous-hépatique; rappelons qu'elle dépend : du plexus cœliaque, du plexus mésentérique supérieur ; accessoirement des ganglions aortico-rénaux, tributaires eux-mêmes des nerfs splanchniques.

III. — Suivre les fibres de conduction de la sensibilité douloureuse (autant qu'on puisse en préjuger) dans leur trajet *radiculaire* ; puis médullaire, bulbaire, pédonculaire et cortical, serait sans intérêt : aucune preuve irréfuta-

ble n'a été jusqu'à présent donnée de la nature élective de ces fibres, malgré les travaux récents, très poussés, des auteurs allemands.

Quelques faits anatomiques particuliers sont cependant à mettre en valeur; pour expliquer certaines irradiations, et certaines conséquences centrales de la douleur : ce sont :

1° La participation du *Phrénique* à la composition des plexus abdominaux, et à la sensibilité du diaphragme et du péritoine, tandis que la sensibilité de la plupart des organes du carrefour dépend des branches issues de l'anse mémorable de Wrisberg du X droit;

2° L'innervation par le *pneumogastrique gauche* de toute la région hilaire du foie ainsi que du pédicule hépatique;

3° La topographie des segments *radiculaires* intéressant les organes du carrefour. (Recherches de Læven, Kappis, Mandl), aboutit à des localisations variables suivant les auteurs; mais cependant comprises entre D8 et D10 pour le carrefour sous-hépatique;

4° L'existence de *trois* voies centrales de conduction de la sensibilité :

Voie cérébrale principale, croisée : aboutissant aux corps optiques, puis aux cellules pyramidales du cortex. (Pour certains auteurs : Head, Holmès, Edinger, le centre de la sensibilité douloureuse serait localisé au thalamus).

Voie cérébrale, accessoire, passant par les formations réticulaires du bulbe.

Voie dérivée, cérébelleuse : rejoignant le cortex par un triple relai.

— De ces constatations anatomiques se déduisent quelques faits qui ont leur importance lorsqu'il s'agit de diagnostiquer une affection du carrefour. Ce sont :

— L'existence de points douloureux à distance : phréniques et scapulaires.

— La fréquence des signes d'irritation du pneumogastrique :

— Toux réflexe ; vertiges par réaction cérébelleuse.

— L'existence de vomissements bulbaires (d'ailleurs fort inconstants) au cours de syndrômes douloureux.

— La douleur provoquée à la pression des 8°, 9°, 10° 11°, apophyses épineuses dorsales.

Somme toute : l'étude de l'anatomie des nerfs sensitifs n'apporte aucun élément nouveau et reste tellement dans le vague, malgré les efforts répétés des auteurs, qu'elle ne peut rendre que plus confus le problème des causes de la DOULEUR, et celui de son mécanisme dont l'étude n est pas plus satisfaisante :

On sait que tout organe lésé souffre, mais la réaction douloureuse est autant psychique qu'organique; elle est d'ailleurs sans limites et se traduit par les mêmes manifestations extérieures alors que ses causes profondes sont les plus disparates :

Une modification humorale du chimisme duodenal; la seule présence d'un calcul immobile; une distension liquidienne ou gazeuse; un étirement ligamentaire; un spasme artériel ou intestinal peuvent déclencher de semblables réactions cliniques.

Pourtant les douleurs du carrefour peuvent posséder quelques caractères pathognomoniques : leur allure tardive, par exemple. Mais en crise aiguë, l'organe qui souffre est bien difficile à trouver.

En effet, en quels points siègent les causes d'irritation? Est-ce à la terminaison fibrillaire sous-épithéliale? Est-ce sur le trajet du nerf : ce peut être la réaction d'un nerf propre à une viscère du carrefour, ou propre à une artère, aussi bien qu'au péritoine. Certains auteurs affirment que la douleur ne traduit qu'une réaction proprement péritonéale.

Et encore : Est-ce plus haut que siège la cause de l'irritation nerveuse : Est-ce une réaction indépendante, locale, d'un plexus répondant à une cœlialgie autonome par exemple?

D'autre part, s'il peut s'agir d'une douleur caractéristique du carrefour, que valent, si l'on veut repérer plus ou moins tel organe, les projections douloureuses de cet organe sur la paroi? On sait combien peu fidèlement correspondent les points douloureux spontanés aux points obtenus par la pression profonde.

Le péritoine irrité en un point traduit souvent sa souffrance par une douleur à distance, ainsi qu'en fait preuve l'une de nos observations (obs. I).

En outre, la douleur — grâce à l'intrication des plexus — retentit avec une facilité extrême sur les organes voisins ou distants. La correspondance des points douloureux appendiculaires et vésiculaires; vésiculaire et annexiel est d'une grande fréquence.

Plus délicat encore est le diagnostic chez l'enfant, chez qui les douleurs sont mobiles, fugaces, et souvent très loin de la lésion. L'appendice est fréquemment sous-hépatique. La douleur appendiculaire est para-ombilicale ou thoracique.

Enfin la variabilité de la réaction *psychique* à l'excitation douloureuse de tel ou tel organe n'est pas le moindre obstacle auquel l'on se heurte lorsqu'il faut porter un diagnostic rapide. La douleur est variable suivant chaque individu.

La réaction psychique à la *première* crise douloureuse est aussi bien dépendante du tempérament du malade que de sa mentalité; l'on pourrait dire : de son stoïcisme spontané ou acquis.

Mais les réactions qui succèdent aux crises aiguës greffées sur des douleurs chroniques, peuvent être plus variables et plus trompeuses encore. Certains sujets exagè-

rent à tort leur réaction, certains autres semblent s'être habitués à leur douleur et ne réagissent plus.

Il nous a été donné de noter à plusieurs reprises le fait que des lithiasiques biliaires, accoutumés à souffrir, n'avaient pas prêté attention à certaines modifications du caractère de leur douleur et n'avaient consulté qu'au moment où les symptômes généraux dus à une complication infectieuse aiguë : la fièvre, la fatigue et les nausées en particulier, les avaient alarmés.

Si nous avons insisté avec autant de poids sur ces chapitres préliminaires, c'est que nous avons cru bon de rassembler en démontrant leur origine toute banale — découlant de l'anatomie normale de cette région — les causes d'erreur, ou plutôt : les raisons des difficultés du diagnostic des syndrômes douloureux aigus du carrefour sous-hépatique.

En résumé :

L'étude anatomique du carrefour, envisagé plan par plan, puis dans ses rapports avec les régions voisines d'une part,

L'étude de l'innervation et de la sensibilité douloureuse d'autre part,

expliquent la difficulté du diagnostic dans le cas de syndrômes aigus du carrefour, dont le SYMPTÔME FONCTIONNEL prédominant : *la douleur*, est essentiellement *variable*, et dont les SYMPTOMES PHYSIQUES fournis par l'examen sont souvent *masqués*, soit par la seule *réaction à la douleur*, soit anatomiquement bouleversés par l'existence d'une *lésion perceptible*.

Rappelons une fois de plus que les examens immédiats de Radiologie et de laboratoire sont pratiquement inutilisables dans les cas que nous envisageons.

DIAGNOSTIC POSITIF

Après avoir mis en évidence les causes naturelles et comme excusables de l'erreur, nous devons nous efforcer de montrer comment il est cependant possible de construire un diagnostic grâce à l'examen clinique positif du malade atteint de syndrome douloureux aigu du carrefour, et par la discrimination des symptômes observés.

Le diagnostic positif se base sur l'interrogatoire, et l'examen du malade en pleine crise ou dans les premières heures qui la suivent.

A. — L'Interrogatoire précise les caractères de la douleur, et renseigne sur les antécédents du malade.

La douleur, variable suivant les individus, est diversement décrite par chaque sujet. Ses *caractères* ne permettent que dans peu de cas d'attirer l'attention sur tel ou tel organe. Cependant, elle peut être sourde, ou violente, continue ou entrecoupée de paroxysmes. Elle s'est établie d'emblée, ou en coup de poignard, ou progressivement. Elle a pu être précédée de sensations répétées, de crampes traduisant un spasme pylorique. La crampe devenue plus aiguë donne une douleur de torsion que l'on a pu rapporter à des contractions pyloriques ou vésiculaires. Plus vive encore la douleur prend des caractères de déchirure profonde, de griffe de fer. Différente est la sensation de brûlure que donnent les lésions dues aux modifications d'acidité d'un liquide gastro-duodenal, cholé-

cystique, ou colique. Enfin, les douleurs pulsatiles traduiraient une lésion inflammatoire aiguë.

Les douleurs peuvent d'ailleurs se succéder, de la plus faible à la plus insupportable, au cours de la même crise aiguë.

L'horaire des douleurs est important à préciser. L'heure du début de la crise aiguë est intéressante à connaître. En général, une douleur du carrefour est tardive, c'est-à-dire qu'elle survient 2 à 4 heures après le repas. Mais certaines crises succèdent plus volontiers au repas du soir qu'à celui du matin.

D'autre part : la douleur a pu être déclanchée par des exercices violents, des secousses répétées, un repas abondant.

La crise douloureuse a d'ailleurs pu s'atténuer en quelques instants — grâce à l'ingestion d'aliments ou d'alcalins.

Le rythme des douleurs peut donner de bons renseignements : la douleur continue — semblable à elle-même pendant quelques heures — de l'ulcus duodénal en crise, s'oppose à la douleur continue-sourde, coupée de très violents paroxysmes de la colique hépatique.

La topographie subjective de la douleur est intéressante à étudier, ainsi que ses irradiations. Mais nous devons rappeler les réserves que nous avons faites à ce propos dans le chapitre précédent :

— La douleur a pu débuter à l'epigastre, à l'hypocondre, ou dans les lombes, parfois en barre, coupant l'ombilic, ou la base du thorax. Elle est demeurée dans la même région, ou bien s'est déplacée au cours de la crise.

Ses irradiations peuvent être caractéristiques : Les douleurs transfixiantes traduisent une lésion pyloro-duodenale ou de la petite courbure. Une irradiation scapulaire droite, en bretelle, est plutôt le fait d'une lésion vésiculaire. *Les antécédents* du malade renseignent sur l'histoi-

re de la crise douloureuse qui peut avoir été précédée, plus ou moins longtemps auparavant, d'une crise semblable. On recherchera dans le passé du malade les antécédents digestifs, la fièvre typhoïde : cause de lithiase, les douleurs hépatiques au cours des grossesses, les malaises digestifs.

Les antécédents familiaux renseignent sur l'hérédité digestive, cholémique, tuberculeuse, ou spécifique possible.

B) *L'examen de la région douloureuse.* — Comme nous nous sommes efforcés de le montrer, est extrêmement délicat, au cours d'une crise aiguë : L'hyperésthésie cutanée et la contracture forment un bouclier devant la région du carrefour. Il est très difficile même d'amadouer la paroi. Pourtant cet examen est essentiel si l'on veut porter un diagnostic rapide.Il est vrai que la contracture peut aider au diagnostic même : si l'on a soin de chercher le point maximum douloureux de contracture, indice d'une perforation.

Mais, le plus souvent, l'examen n'est possible qu'à l'occasion d'une accalmie, ou après la sédation normale ou thérapeutique de la douleur.

Pour pratiquer cet examen, le médecin se place, suivant le cas, à droite ou à gauche du malade. Le patient doit être examiné dans le décubitus dorsal, parfois en position déclive, ou encore en décubitus latéral, les genoux fléchis légèrement ainsi que la tête, afin d'obtenir, s'il est possible, le relâchement musculaire le plus favorable.

L'on s'efforcera tout d'abord de vérifier par l'inspection l'existence ou l'absence de deux signes importants :

L'abolition de la respiration abdominale au niveau de l'hypocondre droit, ou la présence à jour frisant d'une voussure. L'inspection renseignera encore sur l'existence d'une circulation collatérale, et accessoirement sur la fréquence et l'amplitude des battements aortiques. Enfin, la

teinte subictérique du malade n'échappera pas à l'investigation.

Par la percussion, très douce, jointe à la palpation prudente, l'on tentera de délimiter exactement la zône douloureuse. La percussion renseigne sur la situation du bord supérieur du *foie*. La palpation seule permet d'en indiquer la limite inférieure. Le procédé bi-manuel de Gilbert est celui par lequel l'on obtient les renseignements les plus fins avec le maximum de douceur.

Un point important de ce procédé consiste à faire respirer largement le malade si la douleur ne l'en empêche pas. Le bord antéro-inférieur du foie vient ainsi de lui-même se placer sous la pulpe des doigts de la main gauche.

C'est en délimitant le bord antérieur du foie que l'on sent souvent se mettre en contact avec les doigts : la *vésicule biliaire*.

La vésicule se projette pratiquement, dans le plus grand nombre de cas, sur une zône limitée (pour Parturier et Tamalet) en haut : par le rebord costal; en bas : une horizontale passant par l'ombilic ; en dedans : par la ligne parasternale droite; en dehors : par la ligne axillaire antérieure droite.

Ces auteurs affirment, avec M. Gilbert, que : « du fait que l'on ne constate pas, à la palpation, de tumeur vésiculaire, il ne s'ensuit pas forcément que la vésicule ne soit pas distendue ou malade », mais bien plutôt qu'elle était cachée sous la face inférieure du foie exagérément basculée en arrière et en haut.

C'est pour s'efforcer de la découvrir que l'on corrigera cette situation en plaçant le malade en position déclive. Dans certains cas difficiles, on aura recours à la technique de MM. Chiray et Pavel qui consiste à rechercher la vésicule « sur le malade couché en chien de fusil,

en decubitus latéral gauche, le médecin placé face au dos du sujet. »

Ce n'est que par une telle rigueur dans l'exploration que l'on aboutit à déceler la présence, dans la zone sous-hépatique, d'une tumeur vésiculaire, ou d'un point douloureux précis.

L'existence d'une vésicule hypertrophiée ou douloureuse se révèle ainsi par une palpation, somme toute, superficielle.

La manœuvre de Murphy ne peut guère être utilisée au cours de syndrômes douloureux aigus.

La recherche des points douloureux cholédocien, cystique, pancréatique et duodénaux, est — en fait — impossible chez un malade en crise, car elle nécessite une palpation profonde et prolongée, corollaire d'une relâchement musculaire parfait.

Pourtant, nous rappellerons brièvement les zones de projections douloureuses sur la paroi, utilisables pour le diagnostic au déclin d'une crise, par exemple.

Le *point cystique* est à l'angle du rebord costal droit et du bord externe du grand droit; approximativement à l'extrémité de la onzième côte.

La souffrance du *cholédoque* se traduit par une douleur réveillée à la pression profonde sur une zone comprise entre la verticale passant par l'ombilic et une ligne oblique de 45° sur la verticale et à droite d'elle. La zone : triangulaire, a son sommet à l'ombilic, sa base à 5 cm au-dessus de lui.

La palpation profonde ne permet d'ailleurs pas de dissocier une douleur cholédocienne d'une douleur *pancréatique*, car la zone de réaction de ces deux organes est la même.

Il en est à peu près de même pour la seconde portion, ou segment accolé du *duodénum*.

Les recherches de Parturier et Tamalet précisent la pro-

jection de ce segment duodénal sur la paroi au niveau où le croise une ligne tirée du milieu de la distance qui joint les deux crêtes iliaques en leur sommet, et qui aboutit à l'extrémité antérieure de la dixième côte droite.

Quant à la position du point douloureux duodénal supérieur répondant au bulbe : il est situé sur une ligne tirée du même « ombilic idéal inter iliaque » à l'extrémité antérieure de la huitième côte droite.

Enfin, si le siège de la douleur se trouve plus externe, plus près de la paroi, il doit s'agir du *côlon*. Mais surtout, en cas d'entéro-colite aiguë, les segments coliques que l'on perçoit par une palpation lente et patiente, donnent l'impression de se spasmer, puis de se détendre, souvent avec un bruit de gargouillement.

Il faut mettre à part l'exploration des foyers douloureux *rénaux* et du *bassinet*, quoiqu'ils fassent partie de la zone anatomique sous-hépatique.

Le procédé de la palpation bimanuelle rend là de grands services, et la recherche des points urétéraux n'est pas sans valeur, bien que, selon les mêmes auteurs : « La vésicule douloureuse puisse emprunter la plupart des points douloureux attribués au rein; qu'une vésicule tant soit peu flottante puisse adopter la topographie d'un rein ptosé; et qu'enfin une vésicule à meso et un rein ptosé puissent coexister ».

Nous citons dans une de nos observations (obs. II) le cas d'un malade atteint d'hydronéphrose de petit volume et chez lequel le diagnostic resta impossible jusqu'au moment où fut pratiquée une pyélographie.

Procédés de dissociation des points douloureux

En phase de crise aiguë, ce ne sont pas des points douloureux, que l'on met en évidence, mais des zones douloureuses. Ce que l'on peut tenter c'est de préciser une douleur exquise en un point de cette zone. La douleur retentissant d'un organe sur un autre, les zones de réaction se confondent. Il est rare que l'on puisse utiliser les manœuvres de dissociation que préconisent certains auteurs. Pourtant la technique de Félix Ramond peut permettre en phase de sédation, de distinguer la douleur vésiculaire d'une douleur duodénale. « C'est le palper en double direction, qui consiste à faire pression en remontant vers le rebord costal, et à obtenir une réaction douloureuse. Si celle-ci n'existe pas, il faut enfoncer verticalement les doigts vers la profondeur de la zone duodénale : si l'on provoque une douleur, celle-ci sera vraisemblablement due au duodénum. Cette technique n'est valable d'ailleurs que s'il n'existe ni péricholécystite, ni périduodénite.

Les procédés de dissociation de la vésicule et du rein sont absolument impraticables aux heures de crise. Nous n'y insisterons donc pas.

Nous ne ferons que citer ici les procédés de dissociation des points douloureux, grâce à l'action élective de certains médicaments. Nous y reviendrons ultérieurement.

Quant à l'action de la chaleur, efficace sur les douleurs hépatiques et vésiculaires, inactive sur les douleurs gastro-vésiculaires, elle est d'un résultat peu intéressant dans la plupart des cas.

Enfin, mentionnons l'essai de dissociation des douleurs de tel ou tel organe par l'injection dans certains trous de conjugaison, d'anesthésique. Mais cet essai n'a pas

réussi à dissocier les éléments du bloc gastro-cholécysto-hépatique qui répond aux mêmes racines spino-sympathiques. Ce procédé n'a donc d'intérêt que pour différencier les troubles rénaux, appendiculaires, des lésions gastro-vésiculaires.

Recherche des points douloureux à distance

Les syndrômes aigus du carrefour donnent donc lieu à deux sortes de localisations douloureuses : douleur spontanée avec irradiations; douleur provoquée par l'examen.

De ces deux éléments peut déjà se déduire une impression sur le *siège* de la lésion.

La recherche des points douloureux à distance rend parfois encore plus nette cette impression.

A la *lithiase biliaire* correspondraient pour Chauffard :

— Un point scapulo apexien droit;

— Un point phrénique droit, entre les deux chefs d'insertion du sterno cleido mastoïdien.

— Des irradiations sus-claviculaires, deltoïdiennes, et parfois sus-mammaires.

— Les douleurs provoquées à la pression de la pointe des 8e, 9e 10e, 11e apophyses épineuses dorsales.

Mais les premiers de ces points perdent toute leur valeur si ce sont des points bilatéraux.

A une lésion *gastrique ou duodénale* correspondrait le point phrénique cervical gauche décrit par Cade et Parturier.

Examen complet de l'abdomen

Un malade qui souffre au niveau du carrefour sous-hépatique, doit être examiné totalement, bien que sa crise

soit aiguë, et malgré les difficultés auxquelles on se heurte du fait de sa défense musculaire.

En effet, nous devons rappeler ici avec quelle fréquence les localisations subjectives et objectives de la douleur trompent sur son siège effectif, ou le masquent.

D'autre part, les réactions des organes les uns sur les autres, soit par contiguité, soit par voie nerveuse, peuvent, au cours d'un examen complet, mettre en lumière un symptôme d'association dont la découverte favorise le diagnostic.

L'examen portera méthodiquement sur les deux grands carrefours voisins : carrefour solaire, épigastrique; carrefour ileo caeco appendiculaire.

Il s'attardera à l'étude de la rate, du côlon gauche, sans négliger la région anale, où la découverte d'hémorroïdes peut mettre sur la voie du diagnostic de troubles circulatoires, d'origine hépatique.

Enfin, la fréquence des réactions utéro-annexielles sur la région sous-hépatique nécessite un examen gynécologique sévère.

Nous nous permettons de renvoyer à l'observation n° 1, afin de rappeler que ce fut pour avoir négligé le toucher vaginal et malgré avoir poussé l'interrogatoire de la malade sur sa vie gynécologique, le plus loin possible, que l'erreur de diagnostic s'établit.

En résumé, l'examen de l'abdomen nécessite une rigueur et une méthode d'autant plus grande que la réaction vive du malade à sa douleur la rend plus difficile.

Un bon signe permet, dans certains cas, de faire le départ entre les lésions appendiculaires, rétro-cæcales et une lésion du carrefour : la douleur plus accusée lorsque l'on met le psoas en tension en demandant au malade de soulever la cuisse droite au-dessus du plan du lit.

Examen somatique complet

Par l'examen du cœur, des poumons et du système nerveux, peut encore s'orienter plus facilement le diagnostic.

La lésion siégeant sous la coupole droite du diaphragme retentit sur son fonctionnement. Nous avons déjà noté l'abolition de la respiration de la paroi abdominale ; son corollaire consiste en un spasme diaphragmatique qui se traduit par la diminution du murmure vésiculaire de la base correspondante. (Rélix Ramond).

Ceci se produit au cours de lésions hépato-vésiculaires.

Du côté gauche : le même symptôme tendrait plutôt à mettre en valeur une lésion gastrique ou pancréatique.

De causes réflexes sont d'autres signes que l'on peut encore observer par l'examen cardio-pulmonaire[e] : la congestion pulmonaire droite manifestée par de la submatité et des râles bulleux à la base, allant de pair avec de la dyspnée, une légère cyanose, surtout sur des malades pâles ou subictériques, se déclanche souvent chez les lithiasiques.

Cette congestion pulmonaire peut résulter d'une hyposystolie réflexe, d'origine vésiculaire.

La toux hépatique traduit l'irritation réflexe de pneumogastrique. Elle accompagne souvent le début d'une crise vésiculaire aiguë.

L'examen du cœur ne donne guère de renseignements au cours d'une crise aiguë. Le pouls est fréquemment affolé. La recherche des lésions aortiques est essentielle si l'on soupçonne une crise gastrique du tabès.

L'Examen du Système nerveux

Est un écueil auquel on se heurte souvent en présence d'un malade qui souffre.

Outre le fait qu'il éprouve de la difficulté à répondre il ne sait souvent où localiser, ni comment interpréter ce qu'il ressent. La plus grande patience sera mise en œuvre pour le calmer et tenter d'obtenir des renseignements précis.

Et ceci est d'autant plus difficile que souvent les malades atteints de troubles gastriques ou lithiasiques sont des névropathes du fait même de leur lésion. Les névroses gastriques, quelqu'en ait été la première manifestation, « sont tellement fréquentes pour MM. Déjérine et Dubois, qu'ils s'accordent pour en évaluer la proportion de 90 p. 100 de la totalité des gastropathes » (Lœper et Mougeot).

La difficulté consiste à se rendre compte si la douleur dépend d'une lésion organique réelle, ou si elle n'est qu'un accident nerveux autonome : une crise solaire évoluant pour son propre compte.

Ce qui facilite ici le diagnostic, c'est le fait que souvent dans le tableau clinique que permettent de bâtir l'interrogatoire et l'examen, un ou plusieurs signes sont disproportionnés ou contradictoires. Leur révision s'impose. Dans les cas où la douleur semble devoir s'atténuer spontanément et vite, la recherche du réflexe oculo-cardiaque peut être utile. Elle précise la part que prend l'élément nerveux pur : sympathique et pneumogastrique, à la constitution du syndrôme.

L'examen du système nerveux peut enfin déceler la présence d'un tabès.

DIAGNOSTIC DES SYNDROMES DOULOUREUX AIGUS ENVISAGES SELON LEUR TABLEAU CLINIQUE

DIAGNOSTIC DES SYNDROMES SURAIGUS

Nombre d'affections abdominales débutent avec un syndrôme brutal, dramatique, où la douleur est d'une acuité extrême.

Dans cette étude, nous ne devrions envisager que ceux de ces syndrômes suraigus dont le POINT DE DÉPART siège au CARREFOUR sous-hépatique.

Mais la *douleur :* symptôme de premier plan, constituant parfois à elle seule tout le tableau clinique, — si elle a pu débuter à l'hypocondre, — s'est souvent très vite généralisée, rendant toute localisation impossible. Elle est masquée presqu'aussitôt par les réactions de défense.

Douleur vite généralisée : Réaction de défense, parfois un vomissement : tel est le syndrôme le plus fréquent sur lequel le médecin — appelé d'urgence — doit poser un diagnostic.

Ce diagnostic ne porte en réalité que sur un seul problème où l'on fait volontairement abstraction de l'origine sous-hépatique ou non de la lésion.

La question qui se pose est la suivante :

Y a-t-il péritonite ? ou *syndrôme pseudo-péritonéal grave* avec leur corollaire : Faut-il intervenir d'urgence?

Ce problème une fois résolu, l'on tente de répondre aux questions moins décisives :

Il y a péritonite : quelle en est la cause ?

Est-ce une perforation ou une péritonite sans perforation ?

Il y a syndrôme pseudo-péritonéal : quelle en est l'origine ?

Car ici : bien que le diagnostic soit beaucoup plus délicat, l'intervention est pourtant tout aussi urgente.

Cette deuxième phase de diagnostic est importante, car elle permet de choisir la voie d'abord de l'intervention que l'on vient de décider.

S'il n'y a pas péritonite. — Le diagnostic étiologique qui se pose est celui de toutes les crises douloureuses abdominales. Ce diagnostic devra se poser en deux temps :

La douleur sous-hépatique ne traduit-elle pas la souffrance d'un autre organe qu'un organe du carrefour?

La douleur est certainement née au carrefour; quelle en est la cause ?

Somme toute, le diagnostic élémentaire des syndrômes douloureux suraigus du carrefour revient à chercher des signes de réaction péritonéale qui commandent d'urgence l'intervention.

L'intervention rapide peut seule sauver la vie du malade.

Dans l'ensemble, c'est l'étude du pouls de la tension artérielle, de la température, la constatation de vomisse-

ments, de l'arrêt des gaz, puis des matières, l'existence du hoquet, de la soif, l'altération du faciès, la sécheresse de la langue, joints à la contracture abdominale — tout au moins sur une certaine surface — qui imposent le diagnostic de nécessité opératoire.

1° *Il faut opérer :*

Ce diagnostic posé, les questions accessoires restent à résoudre. Mais, si la douleur se localise souvent au carrefour, le siège de la lésion en est assez fréquemment éloigné.

C'est pourquoi le diagnostic de lésion ne peut être établi que dans un nombre de cas relativement minime : c'est lorsqu'il s'agit d'une véritable péritonite par perforation.

a) *Il y a péritonite par perforation.*

L'étude des antécédents renseigne sur le passé gastrique ou lithiasique du malade.

La description du début de la crise traduit l'existence fréquente d'une phase de préperforation : La douleur habituelle s'est exacerbée, les nausées ont apparu depuis quelques heures.

La douleur a été brusquement plus brutale, puis atroce.

Rappelant la triade de Mondor, on opère sur un signe essentiel : la contracture, avec un maximum douloureux à l'hypocondre et sur deux signes accessoires : l'atrocité de la douleur et les antécédents.

On trouve effectivement au cours de l'intervention une perforation au niveau d'un ulcère gastrique ou duodénal ou siégeant sur une vésicule infectée et ulcérée, parfois gangrenée.

Dans les cas les plus graves et où la solution chirurgicale s'impose d'extrême urgence devant l'acuité des si-

gnes généraux, la confusion est d'ailleurs possible — et excusable — avec les perforations siégeant sur un autre organe : appendice,
pyosalpinx,
colon sigmoïde.

b) *Il y a péritonite sans perforation* :

Dans quelques cas rares, il peut s'agir d'une péritonite d'origine biliaire sans perforation, dont le tableau clinique donne absolument l'impression d'une perforation vésiculaire, et pour lesquelles l'intervention s'impose avec autant de poids que pour les précédentes.

Nous devons à la bienveillance de notre Maître, le docteur Trémolières, l'observation d'une de ces péritonites. (Obs. III).

c) *Il y a syndrôme péritonéal incomplet, ou batard, c'est-à-dire pseudo-péritonéal :*

Là : toutes les erreurs sont possibles, et le diagnostic est rarement posé; car, si d'une part la douleur est suraiguë, elle siège rarement très exactement au niveau du carrefour sous-hépatique; et d'autre part, les signes de l'affection brutale et de la réaction péritonéale se contredisent souvent.

En présence d'un syndrôme péritonéal survenant chez un lithiasique, mais chez qui les vomissements sont peu fréquents, l'arrêt des gaz inconstant, le pouls dissocié, si l'on trouve un abdomen un peu ballonné, mais respirant bien, et sans la contracture intense que faisait prévoir la douleur, il faut penser à une *pancréatite hémorragique.*

Un signe est en sa faveur : l'irradiation gauche de la douleur qui est le plus souvent épigastrique.

La malade, dont nous rapportons l'observation (obs. IV), souffrait du côté droit depuis longtemps. Le paroxys-

me douloureux de l'hypocondre droit qu'elle présenta au moment de sa crise aiguë explique que l'on ne put porter fermement le diagnostic de Pancréatite hémorragique.

Il faut encore penser à plusieurs diagnostics dont l'un est assez fréquent : *l'occlusion intestinale* au niveau du colon droit. Nous en rapportons un cas où le diagnostic étiologique ne put être posé qu'à l'intervention : il s'agissait d'un iléus biliaire au niveau d'une bride jetée de la vésicule sur l'angle droit du colon (obs. V).

Plus rarement, on se trouvera au cours de la laparotomie en présence d'affections dont le diagnostic étiologique n'aura pu être porté :

Etranglement d'une hernie diaphragmatique.

Infarctus du grêle, dont le signe principal serait au milieu d'un syndrôme péritonéal : la diarrhée jointe aux hémorragies intestinales.

Le *Volvulus* d'un segment quelconque de l'intestin,

Il nous a été donné, au cours de notre stage à l'hôpital Ambroise Paré, d'assister à deux interventions d'urgence à quelques heures d'intervalle, dans la même journée.

Le premier malade arrivé avec un syndrôme de perforation en contracture abdominale totale souffrait de deux points douloureux : l'un à l'hypocondre droit, l'autre dans la fosse iliaque gauche. La laparatomie médiane permit de chercher d'abord dans le carrefour sous-hépatique une lésion qu'on ne trouva pas, et ce ne fut qu'après avoir passé en revue tout le colon que l'on découvrit une large perforation du sigmoïde.

Le second malade fut amené avec une dilatation de l'abdomen, extrêmement tendue. Il souffrait de toute la région épigastrique, avec des irradiations en barre. Il présentait en même temps un syndrôme hémorragique très net. L'interne de garde, le docteur Ferey, pratiqua une laparotomie et découvrir un volvulus presque total de

l'intestin grêle, dont les anses étaient à la limite du sphacele.

Bien que ces deux cas aient été des cas d'exception, leur succession dans le temps et leur comparaison sont assez frappantes.

Un dernier diagnostic doit, dans certains cas, être envisagé : c'est celui de rupture brutale de *grossesse extra-utérine* droite aboutissant à une inondation péritonéale.

Nous devons une fois de plus renvoyer à l'observation de cette malade chez qui le diagnostic fut faussé par l'existence de points douloureux sous-hépatiques et d'antécédents appendiculaire (obs. I).

2° *Le diagnostic d'intervention d'urgence ne s'impose pas.* — Le syndrôme douloureux suraigu du carrefour peut relever de deux ordres de faits :

a) La douleur sous-hépatique peut traduire la souffrance d'un *autre organe qu'un viscère du carrefour.*

C'est ainsi qu'il faut penser, en présence d'une telle douleur : à une *crise gastrique du tabès*, à une crise de *coliques saturnines* ou à un *empoisonnement.*

Il faut ensuite s'appliquer à reconnaître si cette douleur n'est pas due à une *colique appendiculaire* née d'un appendice sous-hépatique.

Chez l'enfant surtout ce diagnostic est d'un intérêt primordial.

Chez le nourrisson, on peut être appelé à envisager la possibilité d'une *invagination intestinale haute.*

Chez la femme, on est parfois amené à conclure, grâce au toucher vaginal, à une *torsion d'organe pelvien*, dont la crise douloureuse spontanée a provoqué une réaction sous-hépatique.

b) La douleur est certainement née au carrefour. On ne peut presque en attribuer la cause qu'à une crise très violente de *colique hépatique* ou de *colique néphrétique.*

La recherche des antécédents et l'examen attentif, une fois la douleur calmée, imposeront le diagnostic.

Et là : ce n'est qu'une question de surveillance aboutissant, d'ailleurs, dans nombre de cas, à la conclusion chirurgicale plus ou moins lointaine qui supprimera, chez ces malades, la cause du syndrôme douloureux dont ils ont souffert.

DIAGNOSTIC DES SYNDROMES AIGUS

Les syndrômes douloureux aigus posent le problème de leur diagnostic d'une façon un peu différente :

La douleur n'est pas moins aiguë dans bien des cas, mais les symptômes qui l'accompagnent sont tellement moins dramatiques qu'ils ne forcent pas à envisager l'intervention chirurgicale, du moins immédiate.

Ces syndrômes se manifestent dans deux conditions : Ou bien ils apparaissent primitifs, ou bien ils ne sont que la répétition des crises antérieures renouvelées à intervalles plus ou moins éloignés chez un malade dont l'affection est, soit méconnue, soit connue et soignée.

L'étude des antécédents est là de toute première importance. Nous n'envisagerons ici que le diagnostic de ces syndromes en phase de crise.

A) Diagnostic différentiel.

Rappelant ce que nous avons dit des causes anatomiques et nerveuses des erreurs de diagnostic, nous pensons que la première question que l'on doit se poser, en présence d'un tel syndrôme, est celle-ci : n'est-ce pas un organe voisin du carrefour qui souffre, et révèle sa lésion par une douleur à l'hypocondre droit? Il est nécessaire de passer successivement et systématiquement en revue chacun de ces organes capables de souffrir de façon aiguë.

L'*estomac* attire d'abord l'attention, soit qu'il s'agisse d'une lésion organique, soit que ce soit un trouble de sécrétion ou de tonicité gastrique.

Les lésions de l'*intestin* sont parfois d'autant plus difficiles à éliminer qu'elles peuvent s'associer aux symptô-

mes vésiculaires : typhlochlolécystites (Gaston Durand et Binet).

On a mentionné la coexistence d'ulcère duodenal et de coliques saturnines (Cassanello).

L'*appendice* peut être en cause, s'il est sous-hépatique et retenu par des adhérences, ou une coudure inflammatoire. D'autre part, il est fréquent de voir une infection biliaire compliquer une appendicite.

Nous avons déjà longuement parlé des réactions douloureuses des *plexus* abdominaux. Rappelons les cœlialgies décrites par Lœper. Mais il est bien difficile de savoir si les crises solaires sont autonomes ou traduisent une lésion organique voisine.

On doit encore éliminer les syndrômes douloureux *rénaux*, bien que le rein droit constitue le fond du carrefour. Mais ce diagnostic est parfois d'une très grande difficulté ainsi qu'en fait foi l'observation que nous avons recueillie.

On pense en premier lieu à une *colique néphrétique* dont l'origine peut n'être pas seulement lithiasique, mais que l'on rencontre au cours de tuberculose rénale et de cancer du rein par exemple. Les points douloureux costo-musculaire et urétéraux, ainsi que les irradiations génitales attirent l'attention sur le rein. Sinon il faut rechercher l'*hydronéphrose* (obs. II) et la ptose rénale.

Le diagnostic est grandement facilité si l'on découvre une tumeur rénale autonome.

Ce diagnostic d'élimination, une fois posé, on est à même d'affirmer qu'il s'agit d'un syndrôme douloureux aigu propre au carrefour. Il faut dès lors en trouver la cause.

B) Diagnostic étiologique. — Quatre organes peuvent souffrir dans les limites du carrefour : Le *foie* : au niveau de sa face inférieure,

La *vésicule* et les *canaux biliaires*,
Le *bloc duodéno-pylorique* (par continuité),
La *tête du pancréas*.

En pratique, le diagnostic consiste à distinguer la lithiase biliaire dans ses complications aiguës, des manifestations aiguës des ulcères pyloro-duodénaux.

Ces deux affections se manifestent en général sous trois aspects cliniques schématiques qu'empruntent également les autres affections du carrefour :

— Ou bien le syndrôme se caractérise uniquement par sa douleur,

— Ou bien la douleur s'accompagne de fièvre,

— Ou enfin la douleur s'accompagne d'ictère, avec ou sans fièvre.

Cette division est toute arbitraire. Il est certain que le plus souvent ces symptômes sont intriqués. Mais le diagnostic, pour être facilité, a besoin de cadres artificiels qu'il est simple de modifier lorsqu'un symptôme l'exige et que l'expérience le permet.

1° Syndrome douloureux pur. — Le diagnostic d'un syndrôme douloureux pur, c'est-à-dire où la fièvre et l'ictère font défaut, tout au moins de façon continue, ou au début, se présente de la façon suivante :

Il s'agit d'un malade souffrant ou non de troubles digestifs chroniques, et qui soudain est pris d'une crise douloureuse vive, localisée à l'hypocondre droit. Ses douleurs sont à type de torsion, de griffe, de déchirement. Elles sont parfois syncopales, s'accompagnant de nausées, de vomissements bilieux ou alimentaires et de troubles nerveux.

La réaction du malade est différente, suivant les cas. Tantôt il se roule sur son lit et marque une agitation extrême. Tantôt il est pâle, atterré, courbé en avant, gardant l'immobilité, comprimant son côté.

Un tel syndrôme doit, en général, faire penser, soit à une colique hépatique, soit à une crise évolutive d'ulcère duodénal.

La colique épatique telle que la conçoivent actuellement MM. Hartmann et Chiray, semble ne plus être due uniquement à la lithiase. La crise douloureuse serait due à une contraction vésiculaire, soit spasmodique sans cause; soit sur une lésion organique.

M. Parturier a pensé que l'on pouvait diviser les causes de la colique hépatique de cette façon : causes mécaniques, causes infectieuses, coliques dues à un choc colloidoclasique.

Cette division répondrait assez nettement aux faits cliniques. La colique hépatique à forme douloureuse pure correspondrait souvent au type colloidoclasique. La colique hépatique peut être la première manifestation d'une lithiase déjà connue. D'où l'importance de l'anamnèse.

Elle peut débuter par des prodromes : *lointains* : nausées, flatulences, inappétence ; ou *immédiats* : état de malaise, mal caractérisé, mais presqu'insupportable.

L'on retrouve ces antécédents, par l'interrogatoire, après la crise. Mais ils n'ont pas grande valeur diagnostique.

La *crise* survient atrocement douloureuse, environ trois heures après le repas, et surtout après le repas du soir.

Le malade souffre trop pour que l'on puisse tirer un renseignement de l'examen. Il faut se contenter de lui faire une injection de morphine et d'attendre. Mais les irradiations douloureuses peuvent déjà être notées : irradiations ascendantes vers l'omoplate, la région interscapulaire et sus-claviculaire, le côté droit du cou. Nous avons déjà mentionné le point sus-mammaire, le point phrénique droit. Les vomissements sont constants. Ils

peuvent coexister avec une crise d'aérophagie qui rend le diagnostic délicat.

On note encore des frissons, des troubles vaso-moteurs cutanés, des modifications du rythme et du tonus cardiaque qui peuvent aller du ralentissement du pouls jusqu'à l'hyposystolie.

Les signes généraux sont sans grand intérêt, au milieu de ce tableau : la température n'a de valeur que pour faire craindre ou révéler une complication infectieuse.

Parfois, au cours de la crise douloureuse, survient une quinte de toux : toux hépatique sèche qui ne correspond à aucun signe d'auscultation.

Ce tableau clinique est, somme toute, peu chargé. La colique hépatique se démasque par son siège, et l'intensité de la douleur ainsi que ses irradiations; par les vomissements et les antécédents vésiculaires du malade.

Si son diagnostic — en phase de crise — est parfois difficile, il ne résiste plus, au bout de quelques heures, à l'apparition de l'ictère, de la poussée thermique, ni aux renseignements que procurent les examens radiologiques et de laboratoire.

Le diagnostic de *l'ulcère duodénal* en pleine crise douloureuse, évolutive, est beaucoup plus délicat à poser.

Pourtant, il existe un tableau schématique de crise ulcéreuse. Nous le résumons ici :

« La douleur est tardive, survenant 3 à 5 heures après les repas. Elle est souvent périodique, réapparaissant à horaires fixes, surtout au début de l'évolution de l'ulcère. C'est une douleur accompagnée de sensation de faim impérieuse, avec torsion, déchirement profond. Elle siège profondément sous les fausses côtes droites et irradie peu. Son siège, comme nous l'avons montré, est variable suivant la ptose plus ou moins accusée du duodénum. Si la douleur donne une irradiation, celle-ci est souvent lombaire et provoque la sensation d'une transfixion.

La douleur est calmée par l'ingestion de lait ou de solution alcaline.

Les vomissements sont rares au cours de la crise. » (Tierny.)

Enfin, dans les antécédents du malade, on relève des signes de troubles gastriques étagés sur une plus ou moins longue période.

Si dans quelques cas la réunion de ces symptômes à l'état de pureté, au cours d'une crise douloureuse aiguë, permet de porter le diagnostic presque certain d'ulcus duodénal, bien plus souvent le diagnostic reste hésitant, parce que, dans le tableau clinique, se heurtent des signes contradictoires.

C'est ainsi que pour établir le diagnostic d'ulcère du duodénum, on est obligé à des *éliminations* successives, et l'on est amené à répondre successivement à ces quatre questions;

1° La douleur du carrefour que l'on croit due à un ulcus est-elle en réalité due à une ulcération digestive?

2° Si elle est due à une ulcération, celle-ci est-elle gastrique ou duodénale?

3° L'ulcération duodénale est-elle duodénale vraie ou duodéno-pylorique?

4° Quelle est la nature de l'ulcère? Est-ce un ulcère jeune ou un ulcère vieilli en voie de dégénérescence.

Nous discuterons successivement chacune de ces questions.

A) La douleur sous-hépatique traduit-elle une ulcération digestive ?

1° Il faut éliminer dans un premier stade les affections non ulcéreuses qui, soit par leur fréquence et la facilité de leur diagnostic, soit au contraire par leur rareté, ne retiennent que peu de temps l'attention.

On élimine ainsi :

L'appendicite haute, en période de crise, bien que souvent elle s'accompagne de réactions duodéno-pylorique. Mais, sauf dans le cas de crise primitive, les antécédents sont plus intestinaux que gastriques.

Les douleurs de ptose gastrique, avec ou sans aérophagie : Ce sont des douleurs tardives qui cessent souvent par le décubitus, et surviennent rarement spontanément dans la nuit, ne réveillant pas les malades en général, contrairement aux douleurs d'ulcération. Ces douleurs sont presqu'aussitôt soulagées par la manœuvre de la sangle abdominale.

Les crises gastriques du tabès ont une symptomatologie brutale. Leur diagnostic se fait dès qu'on a mis en évidence un signe coexistant de tabès. Un symptôme excellent est l'intolérance gastrique absolue.

D'autre part, la douleur est plus diffuse.

L'urémie gastro-intestinale et les douleurs du début du *coma diabétique* s'accompagnent de nausées et de vomissements faciles. Mais il est possible que ces syndrômes soient provoqués par de véritables ulcérations gastro-intestinales; et le diagnostic est moins difficile du fait de la coexistence de signes locaux ou généraux de diabète ou d'azotémie.

Les Dyspepsies hyperchlorhydriques ou purement nerveuses sans signe d'ulcération, ni d'hémorragie, ne sont pas rares. Mais avant d'affirmer l'absence d'ulcus, il est nécessaire de pratiquer en série des examens radiologiques, et le dépistage du meloéna.

Rappelons encore *les crises solaires aiguës* dont le diagnostic ne peut être posé qu'une fois que l'on a constaté l'absence irréfutable de tout signe de lésion organique.

Enfin, les douleurs *d'aortite abdominale* prennent souvent l'aspect de crises douloureuses lithiasiques ou ulcé-

ratives. Mais il est à remarquer que ces douleurs siègent plus souvent sur la verticale passant par l'ombilic; que l'examen décèle la présence d'une aorte battante, large, et surtout douloureuse; que l'auscultation chez les sujets maigres met en évidence des souffles avec retentissement varié, suivant le développement anatomique de l'athérome ou de l'anévrysme.

La recherche de la tension artérielle comparée à l'humérale et à la jambe permet de conclure à l'anévrysme si la tension pédieuse est inférieure à la tension humérale; de conclure au contraire à l'aortite si elle est inverse. Enfin, la réaction de Wassermann donne souvent la clef du problème;

2° Ce premier stade de diagnostic dépassé, il ne reste plus pour conclure à la *présence* ou à *l'absence d'ulcération* digestive que DEUX HYPOTHÈSES à discuter :

Ou bien les douleurs sont dues à une *ulcération* digestive; et celle-ci se traduisant au niveau du carrefour sous-hépatique ne peut résulter que d'un ulcus de la petite courbure ou du duodénum : *ou bien* les douleurs sont dues à une *lithiase* biliaire.

Si l'on se rapportait aux deux tableaux *schématiques* que nous avons tracés, le diagnostic serait aisé, mais habituellement en clinique, *aucun syndrôme n'est typique, surtout en période aiguë;* et c'est par la discussion de chacun des symptômes que l'on aboutit à un résultat.

En effet : rien ne se rapproche plus des symptômes de la lithiase chronique sur laquelle se greffe une phase aiguë, que ceux de la crise évolutive de l'ulcus digestif siégeant à la proximité du carrefour.

Pourtant : les crises de la lithiase sont de courte durée, elles surviennent plutôt à la suite de secousses prolongées, de fatigues, de voyage. Leur survenue n'est pas périodique, mais comme accidentelle.

Les crises aiguës de l'ulcère apparaissent, au contraire, plus périodiquement, et les crises elles-mêmes durent de plusieurs jours à plusieurs semaines. Toujours tardives, avec la même acuité, et apaisées par les mêmes procédés. Elles s'atténuent progressivement et sont séparées par de longues périodes de bonne santé.

Les caractères de la douleur ont aussi leur importance : La faim douloureuse tardive de l'ulcus s'opposerait à la crise brusque et plus précoce de la colique hépatique.

La douleur de l'ulcus cède à l'ingestion de lait ou d'alcalin et de belladone; celle de la lithiase ne cède qu'à la morphine.

Les vomissements sont moins fréquents au cours de l'ulcère qu'au cours de la colique hépatique.

A l'examen, bien que la paroi soit hyperesthésiée, la douleur est plus superficielle et surtout plus haute (sous les fausses côtes droites) au cours des coliques hépatiques qu'au cours des crises ulcéreuses. Nous avons mentionné les manœuvres de dissociation qui permettent de tenter le diagnostic. Encore faut-il que le malade soit apaisé.

Ainsi, en phase de crise, tout au moins au début, chacun des signes nécessite une discussion sévère. Et encore le diagnostic ne s'impose-t-il pas d'emblée. Souvent il faut attendre que l'évolution ou les procédés d'investigation aient porté leurs fruits. C'est ainsi que deux symptômes prennent toute leur valeur dans les jours qui suivent la première crise : l'ulcère ne s'accompagne pas d'ictère; il se traduit, au contraire, presque toujours, par l'existence de meloena.

Et pourtant, ces distinctions ne sont-elles pas souvent absolument franches : Il existe des coliques hépatiques sans ictcère, et avec hémorragies intestinales, et des ulcères accompagnées d'ictère. Toutefois, ce sont des faits exceptionnels.

Nous venons de passer en revue les arguments qui militent en faveur de l'ulcus duodénal ou de la colique hépatique, car ces deux affections sont d'une parenté intime.

Souvent, le diagnostic est plus délicat encore « du fait de l'allure gastrique prend la crise vésiculaire ». C'est à ce type que MM. Binet et Durand ont donné le nom de « Crise Gastro-vésiculaire ».

Ce sont des crises douloureuses tardives apparaissant brusquement, siégeant au creux épigastrique et semblant irradier à l'hypocondre droit. Leur caractère essentiel tient à ce qu'elles sont d'emblée à leur paroxysme, et qu'elles évoluent assez rapidement.

Leur nature lithiasique peut être soupçonnée du fait que leur apparition succède à une grossesse, ou une typhoïde, une grippe. La fréquence de la coexistence d'appendicite chronique serait un argument en faveur de la lithiase. D'autre part, ces crises surviennent avec un maximum de fréquence chez la femme, et surtout en rapport avec la menstruation. Ces malades sont, dans l'intervalle des crises, des constipées habituelles, avec alternatives brusques de diarrhée post prandiale et de constipation.

Au moment de la crise, qui est fréquemment nocturne, apparaît parfois une poussée thermique précédée d'un frisson. On note dans les urines la présence de pigments biliaires, d'urobiline en particulier. Ces symptômes réunis permettent de penser à une de ces crises gastro-vésiculaires dont Enriquez affirme la fréquence.

Cette étape franchie, le diagnostic est franchement orienté vers l'existence d'une ulcération digestive. Il faut dès lors résoudre la question suivante :

B) L'ulcération qui se traduit par une douleur aiguë au carrefour est-elle duodénale ou gastrique ?

Un seul ulcère peut se confondre avec l'ulcère du duodénum. Mais les antécédents, l'interrogatoire, l'examen et les épreuves de laboratoire permettent assez rapidement de conclure en sa faveur : c'est l'ulcère de la petite courbure.

C'est le plus douloureux et le plus saignant des ulcères Les phénomènes de spasme pylorique prennent avec lui une grande importance. Une sténose pylorique s'installe, très rapidement.

Le syndrôme radiologique qui l'accompagne est précis. Enfin, un signe en permet d'affirmer la présence, c'est l'existence d'hémorragies gastriques.

Léon Meunier, pour mettre ce signe en évidence, propose une épreuve clinique facile à exécuter : l'ingestion de deux cents centimètres cubes d'acide ascétique glacial en solution aqueuse à 1 p. 100, suivie aussitôt de tubage gastrique, permet de déceler dans le liquide la présence d'une quantité infinitésimale de sang.

C) L'ulcère semble nettement duodénal

Mais siège-t-il sur la première et deuxième portion du duodénum, ou aux confins du pylore ?

Il semble que la distinction clinique soit possible entre les deux formes anatomiques; basée sur la différence de rythme de la douleur. Mais ce n'est qu'une question d'interprétation subjective de la part du malade. Un signe plus important serait l'absence de symptômes d'irritation phénique, ni de dilatation gastrique, au cours de l'ulcus duodénal vrai.

Nous pensons qu'en fait, *une seule constatation* s'impose : Il existe des ulcères duodénaux qui siègent aux

confins du pylore et qui donnent cliniquement des signes d'irritation pylorique qui peuvent aller jusqu'au début d'une sténose organique avec exagération de la tonicité. *Leur symptomatologie est avant tout pylorique.* Elle dépend surtout du degré de spasme et aussi du degré de périduodénite qu'ils entraînent.

Ce syndrôme pylorique évolue pour lui-même au bout de peu de temps en organisant sa sténose.

Le syndrôme d'adhérence périduodénale évolue en même temps à côté de lui, provoquant des accidents de peri-cholécystite chronique : avec de la stase intestinale, parfois des signes de déficit hépatique et pancréatique, constituant des tableaux fort variables au milieu desquels la douleur des crises duodénales est comme étouffée par la multitude et la contradiction des symptômes.

A côté des ulcus duodéno-pyloriques, les ulcères duodénaux vrais ont rarement une symptomatologie pure; ils s'accompagnent presque toujours de périduodénite dont la conclusion clinique est presque toujours une pancréatite chronique.

D) Une dernière question reste à résoudre en présence d'une douleur ulcéreuse du carrefour : *Quelle est la nature de l'ulcère* ? S'il est simple, est-il jeune ou déjà vieilli et en transformation ? La statistique affirme que la dégénérescence cancéreuse ne se produit là que dans 25 p. 100 des cas.

Enfin, certains ulcères semblent être d'origine syphilitique. Ce seraient ceux dont les paroxysmes seraient nocturnes. Les réactions sériques et le traitement d'épreuve établiront le diagnostic.

A côté des deux grandes affections du carrefour : ulcère à lithiase, le syndrôme aigu douloureux pur doit faire penser à des affections plus rares que nous ne pouvons qu'énumérer : douleurs du cancer de la tête du pancréas

à son début, sans ictère. Douleurs de lithiase pancréatique ou de pancréatite aiguë infectieuse (souvent d'ailleurs causées par une ancienne lithiase biliaire). Les douleurs hépatiques de certains kystes hydatiques de la face inférieure du foie révélés par un syndrôme algique pur, en dehors de toute complication infectieuse, sont une rareté. (Mariano Castex).

2° Syndrome douloureux aigu avec fièvre

Chez un malade avec ou sans passé morbide, un syndrôme douloureux fébrile du carrefour avec un état infectieux doit faire penser, à côté de diagnostics plus rares, à la cholécystite aiguë.

a) *Cholécystites aiguës.*

Elles peuvent être d'origine infectieuse ou lithiasique. La différence entre la douleur d'une cholécystite aiguë de celle d'une colique hépatique, est peu sensible. Mais au cours d'une cholécystite, il y a de la fièvre, soit oscillante, en plateau, et d'autre part, l'état saburral des voies digestives avec le subictère léger qui l'accompagne traduisent l'infection. Ce qui est difficile n'est pas de poser le diagnostic de cholécystite : c'est un état infectieux qui dure; mais selon Chiray, la difficulté réside dans les différenciation entre cholécystite lithiasique et celle qui ne l'est pas.

Chez l'une : l'on retrouve des antécédents de lithiase.

Chez l'autre, on retrouverait la trace d'une maladie infectieuse : typhoïde en particulier. Ce sont pourtant des cas exceptionnels.

L'examen permettrait parfois de différencier les deux formes cliniques : La cholécystite non lithiasique se développant sur une vésicule antérieurement saine, donnerait plus volontiers, sous la paroi, l'impression de la

grosse tumeur arrondie, lisse, très douloureuse. Tandis que la cholécystite aiguë de la lithiase survenant sur une vésicule déjà depuis longtemps malade, atteinte de lésions scléro atrophiques, et entourée d'adhérence serait plutôt une péricholécystite qui donne, sous la main, l'impression d'un plastron mal limité. Mais, dans la pratique cette différence est rarement constatable.

D'ailleurs, quelqu'en soit la cause, c'est, après un essai de refroidissement, un diagnostic *d'intervention* qui se pose, sans presque préjuger de l'étiologie de la cholécystite.

Nous n'insisterons pas sur la première phase de la cholécystite aiguë, le stade catarrhal dont l'interprétation est discutée et sur lequel agirait parfaitement le traitement médical.

Notons enfin les difficultés du diagnostic de la cholécystite aiguë au cours de la grossesse. Cette cholécystite est rare et ses symptômes troublés par la présence d'un utérus gravide.

b) A côté des cholécystites aiguës, d'autres affections peuvent provoquer des symptômes douloureux aigus fébriles du carrefour.

Les récents travaux de Duval ont montré la part de l'infection dans l'évolution des *ulcères gastro-duodénaux* sans que l'on puisse préjuger de la valeur préperforatoire de la fièvre.

Enfin, il faut mentionner parmi les diagnostics d'exception les douleurs de *périhépatite* au cours d'*abcès du foie*, de *cancer du foie*, à forme fébrile.

La *pancréatite aiguë suppurée*, qui succède souvent à la lithiase, peut donner lieu à erreur, mais sa douleur irradie vers la gauche.

En dernier lieu, l'*appendicite aiguë sous-hépatique* ne doit pas être oubliée.

Nous ferons une place à part aux douleurs fébriles du *calcul du cholédoque* dans la forme anictérique de cette affection.

3° Les syndromes douloureux aigus sous-hépatiques avec ictère.

L'énumération seule de ces symptômes pose d'emblée au premier plan le diagnostic de *calcul du cholédoque* où le tableau se résume en :

Ictère { douloureux, intermittent, fébrile, variable,

évoluant par poussées, avec mauvais état général dû à des lésions de pancréatite et d'angiocholite résultant de la seule présence du calcul. Toutefois : pancréatite et angiocolite aiguë peuvent confondre leur syndrôme avec celui de leur cause et le diagnostic en est difficile.

Accessoirement, on pensera à une *pyléphlébite*, mais qui s'accompagne vite d'ascite, ou à des collections douloureuses provoquant l'ictère par compression : kystes hydatique inférieur; abcès amibien.

Enfin, il est certains cas où le *cancer de l'ampoule de Vater* donne lieu à un syndrome douloureux avec ictère. Le diagnostic en est facilité par la constatation de méléna permanent.

Ces diagnostics ne sont pas des plus faciles à établir, et pourtant la discussion du traitement n'est pas moins importante que dans les cas précédents. Mais ici, fièvre et ictère veulent dire altération de l'état général; insuffisance hépatique; et une prudence extrême est de mise lorsqu'il faut prendre une décision.

DIAGNOSTIC DE LABORATOIRE ET PAR L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Quelle aide peut-on attendre du laboratoire et de la Radio lorsque le diagnostic des syndrômes qui nous occupent est en cause ?

Nous avons vu qu'au cours des crises douloureuses suraiguës, il était impossible d'utiliser ces méthodes qui demandent un calme absolu et doivent souvent être faites en série.

De même au cours des crises douloureuses aiguës, les examens accessoires sont pratiquement impossibles dans les premières heures. Le diagnostic ne se base que sur la clinique. Il faut donc, soit obtenir le plus tôt possible une sédation douloureuse, soit attendre une accalmie spontanée.

Ce n'est donc qu'au décours des crises douloureuses que ces examens seront employés pour aider au diagnostic. Ils sont de deux ordres :

Examens directs; examens indirects.

Les examens directs sont au nombre de deux :

— S'efforcer de voir, grâce aux rayons, la lésion du carrefour.

— La recherche par le tubage du trouble de sécrétion gastrique duodénale, biliaire, pancréatique.

a) *Diagnostic radiologique.*

Il met en évidence : par la cholécystographie, la perméabilité de la vésicule : Une vésicule imperméable n'est pourtant pas pour cela lithiasique.

: Par le passage de la gélobarine, et surtout les examens répétés en série, les lésions duodénales pures. Il faut, pour conclure à un ulcus duodénal, retrouver le même point douloureux avec la même image superposable sous les rayons à plusieurs examens éloignés après traitement belladoné.

La radio traduit enfin les lésions périduodénales périgastriques, périvésiculaires, mais dans des proportions plus restreintes. Notons les nouvelles recherches de M. Duval qui par des insufflations d'air, dans le duodénum, arriverait à en clarifier les images. Enfin rappelons l'utilité de la pyelographie avec injection de lypiodol dans les uretères.

b) *Le chimisme gastrique* donne des renseignements souvent défectueux. Seule la présence de sang dans le liquide est en faveur d'une ulcération;

c) *Le tubage duodénal* est un des procédés les plus importants de diagnostic à l'heure actuelle.

Le suc duodénal peut renfermer de petits calculins, dans le cas de lithiase biliaire. En faveur de la lithiase, on note encore l'excès d'albumine dans le suc, surtout s'il coexiste avec la présence de microbes.

Mais le principal moyen de diagnostic consiste en la mise en œuvre de l'épreuve de Meltzer Lyon, dont les conclusions sont les suivantes :

La bile recueillie après l'injection de sulfate de magnésie par la sonde d'Einhorn s'écoule sous trois aspect successifs :

Bile A. jaune d'or qui provient des canaux biliaires.
Bile B. visqueuse, brune, vésiculaire.
Bile C. claire, d'origine hépatique.

L'absence de la bile B. traduit l'imperméabilité de la vésicule, ou son atonie. Son abondance traduit sa dis-

tension. Ses caractères morphologiques et la présence de microbes révèlent l'infection.

Le dosage de la cholestérine biliaire traduit également l'infection si elle est diminuée par rapport à son taux normal.

L'étude de la fonction pancréatique externe par la sécrétion provoquée par le lait (Chiray), l'éther (Kalsch) et surtout la secrétine purifiée permet de doser dans le suc pancréatique la lipase et la trypsine. Une insuffisance pancréatique peut être ainsi mise en évidence.

d) à côté de ces moyens d'exploration directe, *les méthodes indirectes* peuvent aider au diagnostic.

« Il faut, chez un malade qui souffre du carrefour sous hépatique, examiner les urines, les fécès, le sang ».

L'examen des *urines* met en évidence les pigments et les sels biliaires et impose alors le diagnostic d'obstruction des voies biliaires, sans plus de localisation, ou même seulement de lésion hépatique.

Un renseignement important est fourni par le dosage de l'amylase-urinaire si l'on se trouve en présence d'un déficit pancréatique : La diminution du taux de l'amylase traduit une destruction glandulaire; son élévation : une obstruction canaliculaire. Mais là encore, aucun diagnostic de localisation n'est possible. Ces résultats sont plutôt intéressants dans les syndrômes chroniques.

— L'examen du *sang* est intéressant dans plusieurs cas :

Il y a infection : la constatation répétée de polynucléose est en faveur d'une appendicite.

Il y a colique hépatique. Celle-ci pourrait être soupçonnée d'origine colloidoclasique si l'on note de l'hypoleucocytose.

On discute le diagnostic de crise lithiasique et de crise d'ulcère : Le dosage de la cholestérine peut rendre de grands services. « Le taux normal de la cholestérine du

serum constaté au cours d'une crise douloureuse apyrétique, est en faveur d'un ulcère duodénal ou juxta-pylorique. »

Moins important pour le diagnostic des cas aigus est le dosage de l'amylase sanguine, ainsi que la recherche des hémoconies.

La réaction de Wassermann du sang tranche le diagnostic : si en présence d'une lésion ulcéreuse du duodénum ou d'une crise douloureuse gastrique cette réaction est positive.

— L'examen des *fécès* : dans les cas aigus ne peut rendre que deux services : il traduit l'insuffisance pancréatique, ou la rétention biliaire, mais surtout il décèle la présence du méloéna.

De l'une ou l'autre de ces deux constatations, l'on peut conclure à la présence ou à l'absence d'une ulcération digestive, ou d'une insuffisance glandulaire.

OBSERVATIONS

Nous avons choisi volontairement, parmi nos observations, quelques-unes d'entre celles qui nous semblent les plus caractéristiques, par la façon dont se posait le problème du diagnostic ou de l'urgence.

Ces observations sont incomplètes du fait même de l'urgence. Mais, eussent-elles été prises avec le plus de soin possible, nous verrons que l'erreur de diagnostic était cependant presqu'inévitable.

Observation I. — Mme P..., habitant la campagne, est prise brusquement, le 22 septembre 1927, à 9 heures du matin, au cours de son travail, d'une douleur vive de l'hypocondre droit.

Cette douleur est syncopale. Elle irradie dans le flanc droit et s'accompagne de vomissements.

Son médecin, connaissant les antécédents digestifs de cette femme, âgée de 42 ans, et ayant assisté à des crises appendiculaires, l'examine et constate une réaction de défense de tout le côté droit du ventre sans pouvoir préciser le siège exquis de la contracture douloureuse, car il est gêné par l'adiposité extrême de la paroi.

Le chirurgien, appelé à midi, constate le même tableau et conclut à une perforation d'appendice.

La malade est transporté en clinique, réexaminée à 15 heures. Son abdomen est un peu distendu et contracté sur toute sa moitié droite. Les vomissements n'ont pas cessé. La douleur s'est un peu atténuée. Il n'y a eu ni matières, ni gaz, ni émis-

sion d'urines. Le faciès est bon, un peu rouge. Pas de modifications du pouls. La température est à peine élevée.

Avant l'intervention, le chirurgien renouvelle ses questions sur le début de la crise et fait préciser la date des dernières règles, puis il pratique la laparatomie, pensant découvrir une perforation.

Et, dès l'incision, apparaît une inondation péritonéale due à une rupture de grossesse tubaire droite.

Trois faits sont à remarquer :

1° La dernière grossesse datant de douze ans auparavant;

2° Il n'y avait eu aucun retard de règles le mois précédent;

3° L'examen somatique complet n'avait pas été pratiqué, vu l'urgence de l'intervention.

Observation II. — M. P..., 49 ans, conducteur de taxi.

Entre chez M. le docteur Villandre, venant d'un service de médecine de Saint-Joseph, le 30 août 1927.

Le malade est envoyé en chirurgie pour se faire opérer d'éventration. Il était entré en médecine le 27 juillet pour crises douloureuses abdominales.

Histoire. — 1° Juillet 1926. A 9 h. 30 du matin : douleur brusque et transfixiante de l'hypocondre et de la région lombaire droite. Syncope puis coliques, nausées, envie d'uriner, mais sans diarrhée, sans vomissements, sans miction.

Transporté d'urgence à Laënnec, le malade commence à vomir. On pratique une laparatomie d'urgence sus-ombilicale, sur laquelle il est impossible d'obtenir un renseignement. Dix-sept jours après, le malade rentre chez lui et reprend son travail.

2° Cinq jours après son retour : nouvelle crise exactement semblable. Reconduit à Laënnec, on l'examine, on le sonde. Le sondage ramène des urines mais exaspère la douleur. Pourtant la topographie des points douloureux fait poser le diagnostic de coliques hépatiques. On lui fait de la morphine.

Le lendemain matin, le malade se sent guéri. Mais il reste à

Laënnec pour examens complémentaires. Aucun renseignement n'est recueilli sur l'étiologie de sa crise.

Une seconde série d'examens (lavement baryté) conclut à appendicite et à la nécessité d'une intervention. Le malade ne se résout pas à se faire opérer et rentre chez lui, où il peut travailler pendant un an sans souffrir.

3° Le 13 juillet 1927, à 5 h. 30 du matin, nouvelle crise douloureuse, mais avec irradiation maxima à gauche. Douleur syncopale. Le malade est transporté à Beaujon. La douleur cesse dès qu'il est étendu. Il sort le lendemain sans avoir été revu.

Le 20 juillet, crise plus sévère encore, débutant à l'hypocondre droit et irradiant en barre à l'hypogastre et au côté gauche. Le malade entre à Saint-Joseph avec une température à 39°. On l'examine et on conclut :

Soit à colique hépatique avec cholécystite aiguë;

Soit à colique néphritique avec infection urinaire.

Le repos, le traitement général atténuent la douleur et l'on pratique une série d'examens du tube digestif et des voies urinaires qui restent négatifs.

4° Le malade entre en chirurgie pour se faire opérer d'éventration.

A l'entrée, il se plaint de *douleurs* abdominales siégeant à l'hypocondre droit, irradiant en barre dans la région vésicale, sur le trajet du canal inguinal et vers les lombes, douleurs survenant sans horaire fixe, même au repos, douleurs à type de torsion, s'accompagnant de fausses envies d'uriner. *Nausées* et vomissements fréquents. *Diarrhée*, *anorexie*, céphalée occipitale, agitation et tremblement.

A l'examen : un point douloureux juste sous les fausses côtes droites et qui n'est pas réveillé par la palpation lombaire.

Un autre point douloureux semble être localisé tantôt au Mac Burney, tantôt au point urétéral moyen.

Le malade a un teint subictérique et une plaque de leuco-

plasie buccale. Les réflexes sont exagérés. Il a du clangor aortique. Sa tension est normale.

Aucun antécédent morbide, sinon l'éthylisme avoué.

En résumé : malade dont les crises abdominales douloureuses, tantôt avec, tantôt sans fièvre, n'ont jamais le même siège. Leur plus grande acuité semble exister sous les fausses-côtes droites.

Rien dans l'histoire, dans l'examen ni dans les antécédents ne peut orienter le diagnostic sinon l'irradiation lombaire des douleurs; la difficulté de la miction au moment des crises et le réveil des douleurs par l'examen urinaire.

Les conclusions cliniques semblent avoir été successivement :

péritonite par perforation,
colique hépatique,
appendicite,
colique néphritique,

le tout chez un éthylique très agité.

Ce n'est que sur cette vague impression que l'on décide de pratiquer une nouvelle série d'examens cardio-pulmonaires, digestifs et urinaires, et ce sont ces dernières recherches qui, quelques heures avant que se déclanche une nouvelle crise, permettent de mettre en évidence, par la pyélographie, une ptose rénale droite avec dilatation nette du bassinet et fait conclure à : crises douloureuses dues à une hydronéphrose intermittente. Le malade sortit de l'hôpital, sur sa demande, le 6 septembre 1927.

Observation III. — *Malade de M. le docteur Trémolières* (péritonite biliaire).

Un homme d'une quarantaine d'années est pris brusquement, à la fin du repas du soir, de vomissements, puis d'une douleur en coup de poignard dans l'hypocondre droit. Admis d'urgence à l'hôpital, il a, dès le lendemain matin, le faciès tiré, terreux. L'abdomen, tendu, douloureux, est nettement contracturé dans

sa partie supérieure, avec un léger empâtement dans la région vésiculaire. Un hoquet persistant traduit la gêne du diaphragme.

Bien que la température atteigne à peine 38°, le pouls dépasse 130. L'interrogatoire apporte la notion d'antécédents gastriques assez imprécis, mais qui nécessitent depuis longtemps un régime alimentaire spécial.

Cet ensemble de signes impose le diagnostic de péritonite sous-hépatique due vraisemblablement à la perforation d'un ulcère où à celle de la vésicule infectée.

La laparatomie pratiquée d'urgence, sur la demande du docteur Trémolières, est pratiquée par M. Dujarier. Elle ne permet de constater qu'un peu d'exsudat séreux dans le péritoine, sans aucune formation purulente et, fait important, une grosse vésicule turgescente sur la paroi externe de laquel'e suintait une goutte de bile. L'abdomen fut drainé. Dès le lendemain le hoquet avait disparu, le pouls s'était amélioré. Le malade sortait guéri quelques jours après.

Observation IV. — Mme C..., âgée de 27 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 25 octobre 1927, dans un service de médecine, pour cholécystite subaiguë.

Le début remonte au 12 septembre par : douleur, fièvre, ictère et point de côté à l'hypocondre droit.

Cette première crise dure jusqu'au 25 octobre et cède par le traitement médical.

Deuxième crise le 5 octobre. Subictère. Douleurs vives et vomissements malgré l'application de glace en permanence. Cette crise cède également. Mais une troisième crise, plus violente, nécessite son entrée à l'hôpital. Son certificat d'admission date du 12 octobre. La malade ne peut entrer que le 25.

A l'entrée :

Aucune douleur au niveau de la vésicule;

Foie normal;

Température normale. Bon état général.

A l'examen : aucun point douloureux n'est réveillé, à tel point que l'on est étonné d'un tel calme.

La malade — qui vient de sevrer un enfant de quatre mois — est mise au repos, au régime lacto-végétarien, à l'agocholine.

A la troisième ingestion d'agochloine, le 3 novembre, à 8 heures du matin, douleur brutale de l'hypocondre droit, avec pâleur, sueurs profuses, abattement.

Le siège de la douleur semble se localiser à l'hypocondre droit; pourtant on ne note *aucune contracture de l'abdomen.* On fait une injection de morphine.

L'après-midi, la malade souffre moins, mais son pouls est faible.

A 11 heures du soir : un vomissement abondant; les douleurs reprennent, plus vives; la malade se plaint d'une soif vive.

Le 4 novembre, à 11 heures du matin, la malade est examinée de nouveau, et, sans que l'état local l'exige, ne se basant que sur les signes graves de réaction générale, on décide d'intervenir. Température 38°2. Pouls 120, faible. Laparatomie à 11 h. 30 du matin.

Lésions de pancréatite hémorragique avec cytostéatonécrose.

Décès le 6 novembre, à 5 h. 30.

Observation V. — Mme B... Julie, âgée de 77 ans, entre le 12 mai à Saint-Joseph pour occlusion intestinale.

L'âge et les signes d'intoxication que présente cette malade interdisent tout examen approfondi, tellement elle est fatiguée.

Pourtant on note, en l'interrogeant : une douleur généralisée de tout l'abdomen avec un point maximum sous le foie. Météorisme abdominal considérable. Langue sèche, hoquet. Ni gaz ni matières depuis 36 heures. On décide d'intervenir. Dans les antécédents de la malade, on note des crises douloureuses siégeant dans la région du carrefour, dans les mois précédents.

A l'intervention (*docteur Thellier*), on découvre une distension énorme du grêle et du colon ascendant, tandis que le transverse est aplati. L'obstacle est cherché dans la région sous-hépatique, et après section de quelques brides précoliques, on découvre une zone d'adhérences colo-vésiculaires.

Au cours du débridement, la vésicule se rompt et l'on voit faire issue de l'orifice une calcul dont l'autre extrémité était profondément enchâssée dans le colon après l'avoir perforé.

Ablation du calcul. Fermeture par bourses de la fistule colique. Drain et Mickulicz au contact de la vésicule.

Le diagnostic étant, là, impossible du fait que :

les antécédents attiraient l'attention sur une lithiase biliaire ; et que

l'occlusion résultait aussi bien des lésions de péricholécystite que l'on pouvait soupçonner que du calcul biliaire, dont le passage était absolument invérifiable.

CONCLUSIONS

En résumé : tels qu'ils sont connus et déchiffrés actuellement, les syndrômes douloureux aigus du carrefour ne peuvent donner lieu — malgré les travaux les plus récents — à une schématisation telle que leur diagnostic soit rendu facile et rapide.

Nous n'avons pas eu la prétention de résoudre ni d'accélérer la solution de ce difficile problème, par ce travail de révision d'ensemble du diagnostic; travail forcément incomplet tant la pathologie du carrefour sous-hépatique est vaste.

Mais nous nous sommes efforcés de tracer suivant un plan logique la marche du diagnostic en présence des syndrômes douloureux aigus.

De plus, nous avons insisté longuement sur ce fait que la difficulté du diagnostic tient autant à l'ignorance des causes, et aux variations des caractères de la *douleur*, qu'aux symptômes qui s'y associent; car c'est en grande partie, en raison de l'ignorance de ces causes et de ces variations, trop intimement liée à la méconnaissance de l'anatomie et de la physiologie de ses nerfs vecteurs que les erreurs sont possibles.

Nous ne pouvons donc, à la fin de cette étude, établir qu'une double conclusion, où le diagnostic se présente d'abord sous son allure schématique, puis sous son véri-

table aspect : l'aspect d'un diagnostic clinique difficile, où émergent, parmi de nombreuses hypothèses, les deux grandes hypothèses antagonistes de la lithiase biliaire ou de l'ulcus duodénal.

Schématiquement, le diagnostic se présente sous trois aspects en ne tenant compte que de l'élément complexité.

1° Le syndrôme est pur : les symptômes fonctionnels, physiques, cadrent avec les antécédents. Le diagnostic se pose presque sans discussion.

2° Le syndrôme est moins franc : l'un des symptômes contredit où domine les éléments du syndrôme. (Ulcus duodénal avec ictère; lithiase avec hémorragies intestinales). Le diagnostic à poser est celui du *siège* de la lésion prédominante.

3° Le syndrôme est moins net encore. Les symptômes se présentent sous des tableaux intriqués (Syndrôme entéro-hépatique, S. des 3 carrefours S. appendiculo-vésiculaire).

Le diagnostic d'une crise aiguë greffée sur un tel état morbide mal défini est pratiquement impossible sans une révision de chaque symptome, ou sans l'aide du laboratoire et de la radio.

En Clinique : L'on a affaire à un syndrôme suraigu ou aigu.

a) Le syndrôme suraigu pose la question de l'intervention d'urgence, et, s'il faut opérer, pose accessoirement la question de la voie d'abord bien que le diagnostic de localisation soit pratiquement impossible.

Mais sur quels signes se baser pour savoir s'il *faut* intervenir?

Sur les signes locaux de réaction péritonéale, certes, et surtout sur les signes généraux de shock : d'intoxication.

Mais, sous ces deux réserves : que certains syndrômes qui nécessitent une intervention rapide peuvent ne pas s'accompagner de shock et que certains malades très pusillanimes, très impressionnables, peuvent sembler schockés sans que leur état nécessite une laparatomie.

C'est une question d'impression clinique, de surveillance, surtout, où la discrimination n'est faite que par l'examen répété du pouls et de la tension artérielle.

b) Le syndrôme aigu est assez rare à l'état isolé. Il soulève trois problèmes : quel est l'organe qui souffre? Quel est le traitement à mettre en œuvre? Sinon quelle va être l'évolution du syndrôme?

Le diagnostic de localisation est encore très délicat en période de crise. Certains auteurs (Aviérinos) ont tenté de dissocier les organes douloureux par leur réaction même aux moyens thérapeutiques essayés pour calmer leur douleur.

Si la douleur cède à l'opium, elle est vésiculaire. Si elle résiste à l'opium et qu'elle cède à la belladone, elle est gastro-duodénale. Si elle est calmée seulement par l'antipyrine, elle est cœlialgique. Si elle persiste après toutes ces tentatives, elle est appendiculaire.

Mais, comme on le voit, ce n'est là qu'un diagnostic de fortune. D'autre part, nous ne l'avons pas vérifié, car il nous semble fort dangereux dans certains cas non tranchés d'apaiser artificiellement les symptomes par l'opium, ce qui a souvent pour effet de faire perdre au chirurgien un temps précieux.

D'ailleurs la discussion du traitement est encore bien

délicate, car bien des crises douloureuses aigues ne feraient que traduire une menace de perforation et l'expectative serait dangereuse.

Enfin, ce n'est souvent qu'une fois le traitement mis en œuvre et la douleur calmée que l'on aboutit à établir un diagnostic étiologique précis, et cela grâce aux méthodes accessoires du diagnostic : La Radioscopie, la Cholécystographie, le Tubage duodénal.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Gaston Durand. — Syndrome douloureux des trois carrefours. — *Bulletin médical*, 26 janvier 1927.

Félix Ramond et Parturier. — Cholécystite et appendicite chronique. — *P. M.*, 5 juin 1926.

Gilbert Dreyfus. — Le syndrome entéro-hépatique. — *L'Hôpital*, mai 1927.

René Fontaine. — Sur la douleur et son traitement chirurgical. — *Gazette des Hôpitaux*, 7 septembre 1927, 10 septembre 1927.

A. Tierny. — Les ulcères de l'estomac et du duodénum. — *Sc. méd. prat.*, mai 1928.

R. Gutmann. — Les douleurs épigastriques et leur valeur comparée pour le diagnostic. — *Presse Médic.*, 19 décembre 1925.5

Parturier et Tamalet. — Les syndromes douloureux de la région sous-hépatique. — Arch. de médec. et pharm. milit., t. LXXXIII, n° 2, août 1925.

Chiray et Pavel. — La vésicule biliaire. — Masson et Cie, édit., 1927.

Chauffard. — La lithiase du cholédoque. — *Semaine médic.*, 10 janvier 1906.

Félix Ramond. — Maladies de l'estomac et du duodénum. — Masson et Cie, édit., 1927.

Goubergritz et Istchenko (de Kiew). — Contribution à l'étude du diagnostic différentiel des affections abdominales. — *Tratchébnoié Délo*, 1925, t. VIII, n° 4.

Chauffard. — La lithiase biliaire. — Masson et Cie, édit., 1922.

Parturier. — Diagnostic différentiel de l'ulcus duodénal vrai non compliqué. — *Revue de Médecine*, 1921, p. 214.

Cade et Barbier. — Les difficultés du diagnostic de la cholécystite lithiasique chronique et de l'ulcus gastro-duodénal. — *Lyon Médic.*, 11 mai 1924.

Sabatini. — Topographie des localisations douloureuses du foie, le point hépatique postérieur. — *Il policlinico*, 1925.

C. Oddo, Ch. de Leena et J. Oddo. — Sympathèses interdigestives. — *Arch. des mal. du tube digest. et de la métrite*, page 288.

Lian. — Les accidents cardiaques de la lithiase biliaire et des cholécystites non calculeuses. — *La Médecine*, VI mars 19265, n° 6, page 428.

Parturier. — Séméiologie biliaire. — Doin, édit., 1926.

Félix Ramond. — *Soc. médic. des hôp.*, juillet 1920.

Félix Ramond et Carrié. — Le syndrome vaso-moteur sympathiques. — *Annales de Médec.*, 1919.

Lœper. — Leçons de pathologie digestive, 1914.

A. Mathieu et J.-C. Roux. — Pathologie gastro-intestinale, tome I, pages 314. — Doin, édit., 1923.

Dieulafoy. — Le drame pancréatique. — *Manuel de pathol.* int. (Masson, édit.), 1918), tome II, page 1056.

Brocq. — Les pancréatites aiguës chirurgicales. — Masson, édit., 1926.

Rinaldo Cassanelo. — L'ulcère duodénal dans le saturnisme chronique. — *Riforma Médica*, 8 mai 1920.

Hartmann. — Chirurgie des voies biliaires. — Masson, édit., 1923.

Parturier. — Choc protéinique dans la colique hépatique et désensibilisation. — *Bulletin médical*, 1925, n° 7.

— Séméiologie biliaire. — Doin, éditeur, 1926.

Enriquez, Binet et Gaston Durand. — Les crises gastro-vésiculaires. — *Presse médic.*, 9 juillet 1921.

Emmert. — Les syndromes appendiculo-biliaires. — *Nehaska State Medic. Jour.*, oct. 1925.

Gutmann et Routier. — Aortite abdominale atténuée à forme gastralgique. — *Presse Médic.*, 1925, n° 2, page 20.

Teissier (de Lyon). — *Bulletin médic.*, 21 nov. 1910, page 813.

Lœper et Marchal. — Diagnostic topographique des ulcères de l'estomac. — *Journ. médic. franç.*, janv. 1923.

Léon Meunier. — Diagnostic topographique d'une ulcération du tube digestif. — *Presse Médic.*, 1920, n° 29, p. 283.

— Des ulcérations médicales ou chirurgicales du corps de l'estomac. — *Presse Médic.*, 1920, n° 68, page 665.

Houdart. — Thèse de Paris, 1913.

Saloz et Moppert. — Essai de classification des ulcères gastriques et duodénaux. — *Journ. médic. franç.*, janvier 1923.

Moutier et Maingot. — *Journ. médic. franç.*, janvier 1923.

Enriquez et Gaston Durand. — Congr. de médecine, Paris, 1922.

Félix Ramond et Parturier. — Le carrefour sous-hépatique. — *Presse Médic.*, 18 avril 1925.

Cade et Morénas. — Ulcus gastrique d'origine syphilitique. — XV^e^ Congr. franç. de Médec., Strasbourg, oct. 1921.

Castello Bramo Clark. — Syphilis et estomac. — Thèse de Rio-de-Janeiro, 1919.

Bensaude et Rivet. — *Presse Médic.*, 25 oct. 1924, et *Journ. Méd. et Chir. prat.* 10 déc. 1924.

Mariano Castex. — La syphilis gastrique, 1 vol., Buenos-Ayres, 1920.

Mariano Castex, Romano et Bereteroide. — Kyste hydatique du foie à forme pseudo-lithiasique. — *La Prensa Medica Argentina*, mars 1925, t. XI, n° 30.

Grégoire. — Dilatation douloureuse du colon droit et appendicite chronique. — Arch, mal. appar. digest., 1920, t. X, n° 8.

Pierre Duval, J.-C. Roux, Moutier, Girault et Gatellier. — Le rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères chroniques gastro-duodénaux. — Arch. Mal. App. Digest., 1926, n° 1.

Félix Ramond. — Le spasme du pylore. — *Presse Médic.*, 1920, n° 28, page 273.

F. Ramond, Jacquelin et Boirieu. — Les spasmes gastriques. — *Presse Médicale*, 1921, n° 58, page 574.

Ravina A. et Ronneaux. — Calcul du cystique, appendicite chronique, troubles fonctionnels, réflexes du duodénum. — Soc. franç. d'électr. et de radiol., 28 avril 1925.

Trémolières, L. Joulia et H.-R. Olivier. — Les péri-viscérites adhésives de l'abdomen. — *Revue de Médecine*, 1926, n° 6, page 701.

Chiray et Lebon. — Les insuffisances pancréatiques. — Masson et Cie, édit., 1926.

Trémolières et Parturier. — Périviscérites sous-hépatiques. — *Revue médico-chir. des mal. du foie, du pancréas et de la râte*, 1927, page 406.

Chiray, Pavel et Georges. — La péricholécystite plastique. — *Arch. de médecine*, 1927, n° 1, janvier.

J. Mornet. — La douleur tardive en gastrologie, sa valeur séméiologique. — *Gaz. Méd. du Centre*, 1927.

Chartier. — La péri-duodéno-cholécystite. — Thèses de Paris, 1925.

Carnot, Blamoutier, Libert et Friedel. — Les périviscérites digestives. — Baillère, édit., 1926.

G. Lardennois. — Les périviscérites adhésives de l'abdomen. — *Journ. méd. franç.*, février 1926.

Chiray. — Les trois cholécystites chroniques. — *Journ. méd. franç.*, mai 1923.

Chiray et Triboulet. — La pseudo-tuberculose d'origine cholécystique. — *Arch. mal. app. dig.*, 1927, n° 6.

Chiray et Parel. — Insuffisance cholécystique. — *Arch. mal. app. dig.*, nov. 1925.

Faraj. — Quelques considérations sur l'allongement vertical de l'estomac (ptose). — *Monde Médical*, n° 718, 1er nov. 1927.

Tasso Asteriades. — Le diagnostic différentiel des tumeurs de l'hypocondre droit. — *Bulletin Médical*, 1927, p. 577.

Duval, J.-C. Roux, Béclère. — Etudes médico-radio-chirurgicales sur le duodénum. — Masson, 1924.

Menegaux. — La radiologie du duodénum. — *Clinique et Labo.*, 1927, n° 3.

Soupault. — Les périduodénites et leur traitement. — *Journ. Méd. Franç.*, février 1926, n° 76, avec bibliographie de la question.

Joulia. — Radiographie des périviscérites. — *Journées Médicales*, 1928, n° 2.

Gosset et Lœwy. — Cholécystographie. —*Revue Médico Chirurgicale des maladies du foie*, 1926, n° 1.

Graham. — *Journal of American Medical Association*, 3 janvier 1925, vol. 84, n° 1.

Chiray et Lebon. — Les insuffisances pancréatiques. — Masson, 1926.

Chiray et Lebon. — Le tubage duodénal. — Masson, 1924.

Chabrol, V. Besnard, Gambillard. — Le tubage duodénal en pathologie hépatique et biliaire. — *Journ. Méd. Franç.*, 1924, n° 12.

Lebert. — Thèse de Paris, 1924. — *Revue de Médecine*, mars 1924.

Chiray et Milochewitch. — Diagnostic et traitement des maladies de la vésicule biliaire par l'excrétion provoquée. — Masson, 1924.

Marcel Labbé, De Moor, F. Nepveux. — L'épreuve de Meltzer Lyon. — *Journées Méd. Franç.*, n° 12, avec bibliographie.

MAIRE. — Etude sur le tubage duodénal. — Thèse d'Alger, 1927.

KATSCH. — Clinique des maladies du pancréas. — *Arch. f. verdanngs. und Stoffwachselkrankherten*, oct. 1924.

CHIRAY, SALMON, Mlle MERCIER. — Action de la secrétine purifiée sur la sécrétion externe du pancréas de l'homme. — Bulletin et Mém. de la Soc. médic. des hôpitaux de Paris, t. 50, n° 28.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Recherches sur le plexus solaire. — Th. Paris, 1903.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Trajet des nerfs extrinsèques de la vésicule biliaire. — R. C. Soc. Biologie, 1906.

Imoges. — Imp. Commerciale Perrette.